(Marca da bollo € 16,00)

Alla Commissione Regionale di revisione degli accertamenti sanitari per la pratica sportiva agonistica

Regione Emilia-Romagna

Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare

Viale Aldo Moro, 21

40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ……..nato a ……
(cognome e nome)

Il ……residente a ……..

via…….. n. …… tel. …….

e-mail …… p.e.c.: ……

società sportiva d'appartenenza……
(denominazione ed indirizzo)

……

presenta ricorso avverso il giudizio di non idoneità alla pratica agonistica dello sport ……rilasciato dal medico specialista in medicina dello sport ……..

in data ……..…..e notificatomi in data …….. a norma dell'art. 6 del D.M. 18.02.1982.

Data, ……

Firma

_____

se trattasi di minore è richiesta anche la firma di chi esercita la potestà genitoriale

Firma

_____

Si allega copia del certificato di non idoneità sportiva agonistica