

Avviso pubblico per il riconoscimento di contributi economici per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali destinate a persone con disabilità fisica

Allegato B

MODELLO PER IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIE SPORTIVE

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME _____ COGNOME _____
NATO A _____ IL _____
C.F. _____ residente a _____
in _____ e-mail _____
tel. _____

AZIENDA SANITARIA DI RESIDENZA _____

Si segnala che il paziente dichiara di:

- praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: _____);
- non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

Dettagliare la tipologia di attività motoria o sportiva amatoriale individuale che il paziente dichiara di voler praticare _____

Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico-motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.

Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (livello funzionale K4).

NOTE

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO
