



REGIONE
TOSCANA

(Spazio riservato per la protocollazione)

Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di non idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica.

**Alla COMMISSIONE REGIONALE D'APPELLO PER LA
MEDICINA SPORTIVA**

c/o Medicina dello Sport, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi
via delle Oblate, 4 - Pad. 28C Ponte Nuovo
50141 Firenze
carnds@aou-careggi.toscana.it

Il sottoscritto _____ nato a _____
(____) il ____/____/____ Codice Fiscale _____

residente a _____ (____) CAP _____

via _____ n. _____ tel. _____,

posta elettronica _____, società sportiva _____,

ricorre avverso il giudizio di non idoneità formulato

al sottoscritto al proprio figlio

a seguito della visita d'idoneità alla pratica agonistica per lo sport _____

_____ rilasciato dal Dott. _____

presso l'Ambulatorio di medicina dello Sport (*) _____,

con sede in _____, () via _____,

in data _____, e notificatomi in data _____.

Allega, altresì, copia della busta della nota di comunicazione pervenuta, dalla quale sia evidente il timbro postale della data di ricevimento.

Con la presente il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi al proprio stato di salute, ai sensi di quanto disposto dal regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs 196/2003 e s.m.i.

Distinti saluti.

Data _____

(Firma **)

(*) Specificare se da Ambulatori delle Aziende Usl, o da Strutture Sanitarie Private Accreditate.

(**) Se l'atleta è minorenni è necessaria la sottoscrizione del genitore o del legale rappresentante con firma leggibile e copia del documento d'identità.

Il recapito telefonico è un dato necessario

N.B.: Il presente ricorso, spedito in originale a mezzo posta o via PEC, deve essere inoltrato **entro 30 giorni** dalla data di ricevimento del certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica.
