

**ATTENZIONE: IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ DI AMBEDUE I GENITORI O DEL TUTORE AD ACCOMPAGNARE ALLA VISITA IL FIGLIO MINORENNE IL GENITORE/TUTORE CHE HA COMPILATO LA DICHIARAZIONE DEVE COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE**

## DELEGA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/madre/tutore)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

impossibilitato ad accompagnare alla visita sportiva il figlio minorenni delega a sostituirlo il familiare maggiorenne:

Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

anche al fine di rendere una accurata anamnesi familiare e personale.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. 445 /2000, sotto la propria personale responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dell'art. 76 del D. P.R. 445 /2000, e delle disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia

### DICHIARA

1. di aver smarrito il libretto di idoneità sanitaria per attività sportive n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
2. a me intestato/intestato al minore (vedi retro) rilasciato dall'ambulatorio di Medicina dello Sport \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
3. di non essere (il minore di non essere) mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica agonistica dello sport
4. di non essere (il minore di non essere) mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ negli anni \_\_\_\_\_
5. di avere/non avere (il minore di avere/non avere) in passato effettuato i seguenti accertamenti integrativi successivamente alla visita di idoneità:

Esame	Ecocardiogramma	TEM	Holter cardiaco	Altro
Esito				

In fede, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_  
(atleta > 18/genitore/tutore)

**CONSENSO E DICHIARAZIONI PER L'ACCESSO ALLA VISITA.  
PER IL RILASCIO/RINNOVO DEL LIBRETTO SANITARIO SPORTIVO  
E PER IL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ (L.R. 35/2003)**



L'atleta _____ C.F. _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente in _____ via/piazza _____ n° _____
documento n. _____ rilasciato da _____ scade il _____

**PER ATLETI MINORENNI deve essere sempre compilata anche la parte seguente a cura del genitore/tutore:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/madre/tutore)  
documento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ scade il \_\_\_\_\_

**PER COMUNICAZIONI:**

telefono \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

- ACCONSENTE alla pratica della disciplina sportiva \_\_\_\_\_ **agonistica/non agonistica** ed alla effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato di idoneità.
- DICHIARA di ricevere/essere titolare del Libretto Sanitario Sportivo n° \_\_\_\_\_
- DICHIARA di aver smarrito il Libretto precedente e compila la Dichiarazione Sostitutiva Atto Notorio (vedi retro).
- DICHIARA di consegnarlo alla Struttura Sanitaria per la visita di idoneità
- DELEGA il sig. \_\_\_\_\_ al ritiro del Libretto e del certificato.
- DICHIARA di essere al corrente che l'importo dovuto è di € \_\_\_\_\_ **pagato/da pagare** e che il mancato pagamento od il mancato ritiro dei documenti relativi alla visita entro **trenta giorni** dalle prestazioni comporterà l'addebito dell'intero costo delle stesse e delle spese sostenute dalla U.O. Segreteria per il recupero del credito (art. 23 L. 675/96).
- DICHIARA di essere al corrente che in caso di **accertamenti incompleti o di mancato rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa**, trascorsi **60 giorni** dalla visita, si procederà al **RIGETTO** della richiesta di visita medica per l'idoneità sportiva agonistica, avvertendo l'interessato che in caso di nuova richiesta dovrà essere ripercorso tutto l'iter amministrativo e sanitario previsto dalla normativa (Del. G.R.T. n° 461-17/05/04).
- DICHIARA di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679.  
Per saperne di più sul trattamento dei dati personali consulta il sito:  
<http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>



Data \_\_\_\_\_ Firma dell'atleta \_\_\_\_\_

Firma del genitore o tutore (per atleti minorenni) \_\_\_\_\_

<b>DICHIARA DI RITIRARE IL LIBRETTO SANITARIO SPORTIVO ED IL CERTIFICATO:</b>	
Data _____	Firma _____

**RITIRO PER DELEGA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ identificato con  
documento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ scade il \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**RITIRA** per delega ricevuta il Libretto Sanitario Sportivo ed il certificato di idoneità

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**NOTE RISERVATE ALLA STRUTTURA SANITARIA:** \_\_\_\_\_