

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA SSN POLICLINICO SAN MARCO SpA 	<b>Ambulatorio di Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico</b> <b>Nr. Autorizzazione Regionale B-4</b>  <b>AUTOCERTIFICAZIONE</b> <b>PER VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA</b>	M-POL-36
		Rev.1
		16/11/2023

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**Dichiara di praticare a livello agonistico, in modo individuale, lo sport:**

\_\_\_\_\_

**e di necessitare della certificazione di idoneità allo sport agonistico**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_