

**CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA PER DISABILI FISICI CON AMPUTAZIONE
DI ARTO E/O PARAPRESI, PARAPLEGIA O TETRAPLEGIA
ai fini del possibile riconoscimento di contributo economico di cui al DM 22.08.2022
per l'acquisto di ausili e protesi per lo svolgimento di attività sportive amatoriali individuali
destinate a persone con disabilità fisica**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

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

Si segnala che il paziente dichiara di:

praticare già attività ludico motoria o sportiva amatoriale individuale

(dettagliare la disciplina sportiva: _____);

non svolgere attualmente alcun tipo di attività ludico motoria o sportiva amatoriale individuale

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

.....

Sulla base della visita da me effettuata secondo il protocollo B1 adattata ad atleti disabili, certifico che il paziente RISULTA IDONEO allo svolgimento della suddetta attività ludico motoria o sportiva amatoriale individuale con adeguato supporto di ausilio tecnico o di protesi d'arto.

LUOGO e DATA

FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO

Originale da rilasciare all'assistito per il caricamento sulla piattaforma regionale Bandi online e la successiva presentazione al fisiatra prescrittore che ne conserva copia.