



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 DELLO SPORT**
presso Dipartimento della Prevenzione della USL Toscana Centro,
Viale G.Matteotti, 19 - 51100 Pistoia
crams.uslcentro@postarcert.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 dati 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 minorenne è necessaria la sottoscrizione del genitore o di chi ne ha la patria potestà 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 raccomandata o via PEC, deve essere inoltrato **entro
30 giorni** dalla data di ricevimento del certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica.