

Raccomandata A/R

Alla "Commissione Regionale di Medicina dello Sport
per i ricorsi avverso il giudizio di non idoneità alla
pratica dell'attività sportiva agonistica"
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza
Sociale
Servizio Prevenzione
Via Roma, n. 223
09100 CAGLIARI

Et, p.c. Alla ASL n. _____
Via _____
SEDE

Oggetto: **Ricorso per certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica.**

I sottoscritti _____ e _____, genitori
dell'atleta _____ nato a _____ il _____, residente a
_____, in via _____, praticante l'attività sportiva a livello agonistico di
_____, in riferimento al certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica pervenuto
in data _____ (data del timbro postale), prot. n. _____, rilasciato dallo specialista medico
sportivo della ASL di _____, ai sensi del Decreto Ministeriale del 18 febbraio 1982,

ESPONGONO RICORSO avverso il provvedimento di NON IDONEITA' all'attività sportiva agonistica
adottato della ASL n. _____ in data _____ (data del timbro postale) n. _____ .

Si rimane a disposizione per presentare tutta la documentazione del caso per l'esame da parte di codesta
Commissione.

Si allega:

-copia certificato di non idoneità.

L'ATLETA

I GENITORI DEL MINORE

Data