



# Medicina dello Sport

Centro Convenzionato: FEDERAZIONE MEDICO SPORTIVA ITALIANA (F.M.S.I.)  
Autorizzazione Regionale: N°765 del 10/07/2006

**Domanda per ottenere il certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica  
per finalità diverse dalla pratica sportiva  
( Art. 5 – D.M. 18/02/1982 )**

Il sottoscritto .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via ..... n.....

C.F. .... tel. .... cell. ....

## CHIEDE

il rilascio del certificato di idoneità alla attività sportiva agonistica  
per finalità diverse dalla pratica sportiva

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara che la presente richiesta è formulata per la seguente finalità

.....  
e non ai fini dell'esercizio della pratica sportiva agonistica di cui alla L.R. 12/11/97 n. 132 e s.m.i.

Allega alla presente domanda (es: copia del bando di concorso):  
.....

**Data** ..... **Firma** .....

**Informativa (artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016)** Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dare seguito al procedimento relativo al rilascio della certificazione richiesta dall'interessato, il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

**Consenso (artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016)** Preso atto dell'informativo di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

**Data** ..... **Firma** .....

**NB :** alla presente domanda deve essere allegata ai fini della validità della dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità. Laddove l'interessato sia minore la domanda e le dichiarazioni sostitutive saranno sottoscritte da chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore, con allegazione del relativo documento di identità.

### SI DA ATTO DI ESSERE STATI INFORMATI:

1. che non saranno presi in considerazione i nominativi non inseriti nella lista presentata;
2. che i minori di 18 (diciotto) anni dovranno essere obbligatoriamente accompagnati da un genitore o tutore (munito di un documento di riconoscimento);
3. il pagamento potrà essere effettuato:
  - Bonifico Bancario presso B.C.C. di Cappelle; **IBAN:** IT08 R084 3415 4010 0000 0006 871;
  - Assegno NON TRASFERIBILE intestato alla Società M.d.S. srl
  - Per atleti singoli anche all'interno della stessa sede.

M.d.S. srl

Doppio ingresso; Via Tiburtina Valeria 28, Via Tavo 3 (ascensore) - 65128, Pescara.

Tel.: 085.2121405 – Fax: 085.7992009 – Mobile: 327.1959065

Partita IVA: 01745860682

www.mdspescara.it - e-mail: info@mdspescara.it - prenotazioni.mdspescara.it