# Allegato B

## MODELLO PER IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIE SPORTIVE

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NOME COGNOME

NATO A IL

C.F. residente a in e-mail tel.

AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI RESIDENZA

Si segnala che il paziente dichiara di:

* praticare già attività motorie o sportive amatoriali individuali (dettagliare la disciplina sportiva: );
* non svolgere attualmente alcun tipo di attività motoria o sportiva amatoriale individuale.

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

Sulla base della visita da me effettuata certifico che il paziente risulta idoneo allo svolgimento di attività ludico-motorie o sportive amatoriali individuali, con adeguato supporto tecnico o protesico.

Per soggetti amputati di arto inferiore, certifico che il paziente ha la capacità di praticare attività sportive ed altre attività ad elevato impatto muscolare e fisico (livello funzionale K4).

NOTE

LUOGO e DATA FIRMA e TIMBRO DEL MEDICO