

Data, _____

Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di non idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica.

Alla
**COMMISSIONE REGIONALE D'APPELLO
PER LA MEDICINA SPORTIVA**
c/o **Regione del Veneto**
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Palazzo Molin - San Polo, 2514
30125 V E N E Z I A

Il sottoscritto _____
nato a _____ (____) il ____/____/____ e residente a
_____ (____) CAP _____ via _____ n. _____
tel. n. _____ sottoposto in data _____ alla visita d'idoneità alla
pratica agonistica per lo sport _____ ricorre avverso il
giudizio di non idoneità formulato dal Dott. _____
presso il Servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (*)
_____.

Allega la busta della lettera di comunicazione pervenuta con il timbro postale della data di ricevimento.

Distinti saluti.

(Firma **)

(*) Specificare se dell'Azienda U.L.S.S. o Ambulatorio/Poliambulatorio privato iscritto all'Albo Regionale.

(**) Se l'atleta è minorenne è necessaria la sottoscrizione del genitore o di chi ne ha la patria potestà con firma leggibile.

N.B.: Il presente ricorso deve essere inoltrato **entro 30 giorni** dalla data di ricevimento del certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica.