

(Spazio riservato per la protocollazione)

Marca da bollo € 16,00.=
*(Ai sensi della L. 71/2013 di
conversione del D.L. 43/2013)*

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 Coordinamento della Rete Regionale della
Medicina dello Sport - Azienda U.L.S.S. n. 10
Piazza De Gasperi, 5
30027 SAN DONA' DI PIAVE VE

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____)
il ____/____/____ e residente a _____ (____) CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____
PEC (se in possesso) _____¹, 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 U.L.S.S. (*) _____.

Allega, altresì, copia della busta della nota di comunicazione pervenuta, dalla quale sia evidente
il timbro postale della data di ricevimento.

Distinti saluti.

Data _____

(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, spedito in originale a mezzo posta, deve essere inoltrato **entro 30 giorni** dalla data di ricevimento del certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica.

¹ Ai sensi dell'art. 4, comma 4 del D.L. n. 179/2012, convertito in L. n. 221/2012, recante <<Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese>>: "A decorrere dall'1/01/2013, salvo i casi in cui è prevista dalla normativa vigente una diversa modalità di comunicazione o di pubblicazione in via telematica, le amministrazioni pubbliche e i gestori o esercenti di pubblici servizi comunicano con il cittadino esclusivamente tramite il domicilio digitale dallo stesso dichiarato, senza oneri di spedizione a suo carico."