

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO REGIONALE DEGLI SPECIALISTI  
IN MEDICINA DELLO SPORT GIUSTA DELIBERA G. R. N° 5507 DEL 15.11.2002**

**Alla Regione Campania  
Assessorato alla Sanità  
Settore Assistenza Sanitaria  
Servizio Medicina Sociale e dello  
Sport  
Centro Direzionale, Isola C/3  
NAPOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ PV \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. studio \_\_\_\_\_ tel. Casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Secondo quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale 5507 del 15.11.2002, di essere inserito nell'anagrafe dei Medici Specialisti in Medicina dello Sport per il rilascio della certificazione di idoneità allo sport agonistico.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle Leggi Speciali in materia, dichiara:

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso della Specializzazione in Medicina dello Sport conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_, ovvero di essere in possesso dell'attestato di cui all'art. 8 della Legge 26.10.1971 n° 1099 rilasciato il \_\_\_\_\_ dall'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**

- di svolgere esclusivamente attività certificativa di cui al D.M. 18/02/82
- di svolgere attività certificativa ed accertamenti di base previsti dal D.M. 18/02/82.

Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ PV \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ PV \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**N.B.** Si raccomanda di precisare esattamente l'attività svolta (certificativa o certificativa ed accertamenti, l'indirizzo presso il quale trovasi la struttura, se trattasi di attività intra - moenia. Per quest'ultima precisare se viene svolta presso la struttura pubblica di appartenenza, ovvero presso uno studio privato.

Si raccomanda inoltre di riempire il modulo in tutte le sue parti.

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_