

Oggetto: Istanza di iscrizione nell'elenco nominativo dei Medici specialisti in medicina dello sport autorizzati al rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva agonistica.

Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
Via Mario Vaccaro, 5 – PALERMO  
Pec: [dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it](mailto:dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it)

Il/la sottoscritt\_\_ Dott./ssa \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
telefono fisso n. \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione nell'Elenco nominativo Regionale dei medici specialisti in medicina dello sport ai sensi dell'articolo 3 del Decreto dell'Assessore della Salute n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_  
al numero \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'ENPAM al numero \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la specializzazione in Medicina dello Sport presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, ovvero di essere in possesso dell'attestato di cui  
all'art. 8 della legge n. 1099 del 1971 conseguito in data \_\_\_\_\_ presso  
\_\_\_\_\_;

- di svolgere l'attività di Medico di certificatore di idoneità all'attività sportiva agonistica presso lo/il Studio/Centro<sup>1</sup> (*cancellare la dizione che non interessa*) di Medicina dello Sport denominato \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_ autorizzato dall'Azienda sanitaria provinciale di \_\_\_\_\_ con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ovvero per il quale è stata presentata istanza di autorizzazione ai sensi del D.A. \_\_\_\_\_ o del D.P.R.S. 11/2018 (*cancellare la dizione che non interessa*) nei termini ivi stabiliti;
- di *operare / non operare* in forma di associazione professionale o società;
- di *essere / non essere* iscritto nell'elenco dei medici di medicina generale e, nel caso, di esercitare presso lo studio sito in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_ assistiti;
- di *esercitare / non esercitare* altre attività professionali in qualità di \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_;
- di non essere in condizioni di incompatibilità ai sensi della vigente normativa;
- di avere stipulato un'assicurazione a copertura dei rischi professionali con la compagnia assicurativa \_\_\_\_\_;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del D.lgs. n. 159/2011 e successive modificazioni ed integrazioni.

#### SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente al Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico ogni variazione agli stati, qualità personali e fatti oggetto della presente dichiarazione.

Allega alla presente istanza fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse all'espletamento del procedimento relativo alla presente istanza ed autorizzo la pubblicazione dei dati relativi alle sedi presso le quali svolgo l'attività di certificatore di idoneità all'attività sportiva agonistica.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Indicare, se ricorre il caso, tutte le strutture presso le quali si esercita l'attività riportando, per ciascuna struttura, le informazioni richieste