

FAC-SIMILE DI DOMANDA PER ISCRIZIONE ELENCO REGIONALE MEDICI DELLO SPORT

*(da presentare a mano presso l'Ufficio protocollo oppure inviare come raccomandata con ricevuta di ritorno a :
AZIENDA U.S.L. Frosinone Dip. di Prevenzione- Medicina dello Sport - Via A. Fabi s.n.c. 03100 - Frosinone - Fr)*

Mod. 1/2018

ALLA REGIONE LAZIO – ASSESSORATO ALLA SANITA'
(per tramite del)
DIRETTORE GENERALE AZIENDA U.S.L. Frosinone -
Dipartimento di Prevenzione - Medicina dello Sport

*Bollo
Tariffa vigente
€ 16,00*

**Oggetto: L.R. 9 luglio 1997 n. 24 - istanza di iscrizione nell'elenco regionale dei medici specialisti
in Medicina dello Sport ai sensi dell'art.16 comma 3 e 1 ai fini della certificazione di idoneità
all'attività sportiva agonistica.**

Il sottoscritto dott.
Nato/a a il
e residente in
Via n
codice fiscale
partita IVA n.
recapito telefonico fisso n. cellulare n.
e-mail PEC
ai sensi del D.P.R. 445/2000 autodichiara di: essere laureato in Medicina e Chirurgia, abilitato
all'esercizio della professione di Medico Chirurgo, iscritto all'Ordine Professionale dei Medici
Chirurghi di con numero d'ordine essere
in possesso del titolo di Specialista in Medicina dello Sport (o titolo equivalente) conseguito il
..... presso e pertanto chiede ai sensi dell'art.16
comma 3 della L.R. 9.7.1997 n. 24 l'iscrizione all'elenco di cui all'art.16 comma 1 della L.R. 9.7.1997
n. 24 e successive modificazioni, per la struttura studio / ambulatorio (*cancellare la voce che non interessa*)
sita in
Via n.
(*In caso di ambulatorio indicare gli estremi dell'atto di autorizzazione, la titolarità, il nominativo del direttore sanitario,
e allegare copia dell'autorizzazione*). Dichiaro che eserciterò l'attività con il seguente orario settimanale:
Giorno/i
Orario

Dichiara altresì di essere / non essere (*cancellare la voce che non interessa*) in possesso di codice regionale
di Medicina dello sport
Comunica gli indirizzi, i recapiti telefonici e le rispettive tipologie dei presidi presso i quali il
sottoscritto eventualmente già opera:
Azienda U.S.L. - studio medico (oppure ambulatorio autorizzato da in data
..... al sig. o società la cui direzione sanitaria risulta affidata al dott.
di cui si allega copia dell'atto autorizzativi, sito in via n.).

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- di possedere le dotazioni strumentali previste dall'allegato (A o B) della L. R. 9.7.1997 n. 24;
- di non operare / operare in forma di associazione professionale o società;

- di avere la disponibilità del locale (dichiarazione del titolare);
- di aver soddisfatto le vigenti norme a quanto previsto per gli studi dei medici di medicina generale;
- di non aver / aver presentato altre domande per l'esercizio dell'attività presso altri studi ubicati nell'ambito territoriale della stessa o di altre Aziende U.U.S.S.L.L., come sopra riportato;
- di non essere / essere iscritto nell'elenco dei medici di medicina generale e di esercitare presso lo studio /i sito/i in via con numero assistiti;
- di non essere in condizioni di incompatibilità ai sensi della normativa vigente.

Allegati n.:

- fotocopia completa di un documento di identità valido;
- certificato di Laurea (facoltativo);
- certificato di specializzazione in Medicina dello Sport originale o copia autenticata;
- certificato di iscrizione all'Ordine Professionale dei Medici Chirurghi con data di rilascio non antecedente a tre mesi;
- copia autenticata del certificato di abilitazione all'esercizio professionale;
- (solo per gli ambulatori) copia del decreto autorizzativo di apertura rilasciato ai sensi di Legge;
- dichiarazione sul possesso delle dotazioni strumentali previste dall'*allegato A/B* a firma del medico richiedente e controfirmata dal titolare dell'autorizzazione o dal legale rappresentante nel caso di società titolari dell'atto autorizzativo, e dal direttore sanitario della struttura;
- (solo per gli ambulatori) dichiarazione del legale rappresentante circa la vigenza dell'ente o della società qualora l'istituzione sanitaria sia gestita da persone giuridiche o in forma societaria.

..... Il

Firma e timbro