

ASISTENCIA MÉDICA A LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA “ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE EN EDAD ESCOLAR DE LA REGIÓN DE MURCIA”

Yo, _____
con D.N.I. _____, deportista/entrenador/delegado de la (entidad)
_____, de (municipio) _____.

DECLARO QUE soy participante del “Programa Actividad Física y Deporte en Edad Escolar de la Región de Murcia”, convocado por la Consejería competente en materia de deportes, y en virtud de lo dispuesto en la disposición adicional segunda de la Ley 8/2015, de 24 de marzo de la Actividad Física y Deporte de la Región de Murcia, *“la asistencia sanitaria, tanto la de primera instancia de carácter urgente e inespecífica como la específica posterior, derivada de la práctica deportiva celebrada en la Región de Murcia por los participantes en los programas anuales de actividad física y deporte en edad escolar, será prestada de forma gratuita por el Servicio Murciano de Salud en todos aquellos supuestos en que no exista cobertura a través del seguro escolar”,* y recogido así mismo en el artículo sexto de la Orden por la que se aprueba el programa, solicito atención médica por el siniestro sufrido el día _____ de _____ de 20____, acaecido en transcurso de (indicar la actividad deportiva _____ y _____ el _____ lugar)

_____ a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____

Fdo. Padre, Tutor, Entrenador _____

D.N.I. _____