

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

La Società Sportiva _____

nella persona del **Presidente / Responsabile** _____

con sede sociale in Via _____ n. _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale _____

Richiede per l'Atleta _____ data di nascita _____

Luogo di nascita _____ C.F. _____

- PRIMA VISITA
- RINNOVO DEL CERTIFICATO (Scadenza il _____) per lo Sport _____

dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità dei dati sopra riportati

Data _____

Timbro della società _____

Il Presidente
(firma in originale)

La prenotazione della visita può essere fatta:

- **di persona** in qualsiasi punto CUP o Farmacie della Ausl Imola negli orari di apertura presentando questo modulo compilato in tutte le sue parti
- **telefonando** al numero verde gratuito CUPTTEL **800 040 06 06** dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 17,30 e il sabato dalle 8,30 alle ore 12,30

ALL' ATTO DELLA VISITA IL PAZIENTE DOVRA' PRESENTARSI CON:

1) QUESTO MODULO compilato e firmato in ogni sua parte

2) IL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' (**qualunque** sia l'età del paziente) ***

*** I documenti di identità utili per il riconoscimento sono: carta di identità, passaporto, patente di guida, permesso di soggiorno. **NON** è utile il tesserino sanitario in quanto, mancante di fotografia, non è documento

3) IL LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO

4) Eventuale documentazione ed esami clinici effettuati per patologie in atto, pregresse o sospette

5) **I minorenni devono essere accompagnati da un genitore o esercente potestà genitoriale** (o altra persona munita di delega debitamente compilata e firmata dal genitore unitamente a copia del documento del genitore o esercente potestà genitoriale)

Nel caso in cui l'accompagnatore del minorenne non sia provvisto di delega debitamente compilata e firmata dal genitore, unitamente ad una fotocopia di un documento di identità del genitore o esercente potestà genitoriale, la visita NON potrà essere effettuata

6) **Esame delle urine indispensabile per tutti gli sport (gli utenti devono portare referto cartaceo il giorno della visita medico-sportiva)**

NORME PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME URINE

Si consiglia di non praticare attività fisica il giorno precedente l'esame delle urine e di non eseguirlo durante il ciclo mestruale. La consegna del campione deve avvenire nell'arco temporale che va dal giorno precedente la visita fino a 30 giorni prima. La data sarà concordata con operatrice/operatore CUP al momento della prenotazione della visita medico sportiva agonistica il cui referto, cartaceo, dovrà essere portato il giorno della visita

N.B. L'atleta che si sottopone alla visita medico-sportiva agonistica non deve essere affetto da patologie acute in atto (febbre, influenza, mononucleosi, infezioni gastrointestinali, fratture, distorsioni, rieducazione funzionale)

SI RACCOMANDA DI RISPETTARE L'ORARIO DI PRENOTAZIONE:

in caso di ritardi superiori ai 15 minuti, per esigenze di servizio, la prestazione non è garantita

**Sezione per i NON tesserati a Società Sportive
o partecipanti a concorso del Ministero della difesa / Interno**

Il / la sottoscritt _____

nato / a a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in qualità di:

* partecipante

* genitore del minore _____

* tutore / amministratore di sostegno di _____

- per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA
- per partecipare a CONCORSO presso il Ministero della Difesa / Interno (Esercito, Accademia militare, Marina, Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, etc)

N.B. presentarsi con copia del documento ministeriale

Per lo Sport _____

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità della formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione di sanzioni penali ai sensi dell'art. 46 D.P.R n. 445 / 2000

N.B. Per gli sport nei quali sono necessari **ulteriori accertamenti** l'interessato deve recarsi presso uno degli ambulatori sopra riportati con questa richiesta, al più presto, per ottenere la prescrizione delle prestazioni integrative.

La visita e le prestazioni integrative richieste per alcuni sport sono gratuite per gli atleti minorenni e i disabili di tutte le età (invalidità 75%)

AMBULATORIO MEDICINA DELLO SPORT AUSL IMOLA

Viale Amendola 8

Email med.sportiva@ausl.imola.bo.it

Informazioni 0542604939 dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 11,30

0542604950 dal lunedì al sabato dalle 9,00 alle 12,30