

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

- Dipartimento di Sanità Pubblica  
Unità Operativa Semplice Dipartimentale Medicina dello Sport

**RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT  
PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)

**Modulo MS1**

La Società Sportiva CSP PONTECCHIO A.S.D.  
nella persona del Presidente / Responsabile SIWESTRIN ANTONIO

affiliata a:

 Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. ASI Codice ENIB00961 Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. CodiceSede Sociale: Via PONTECCHIO 1 Città SASSO MARCONIC.A.P. 40037 Telefono Mail PONTECCHIO.CSP@GMAIL.COMPEC: CSP.PONTECCHIO@LEGALMAIL.IT**Richiede per l'atleta:**

Cognome ..... Nome .....  
nato il ..... / ..... / ..... e residente nel comune di .....

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport KARATE nuova iscrizione rinnovo di certificato in scadenza il .....

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

**CSP PONTECCHIO A.S.D.**

Timbro e firma del Presidente/Responsabile della Società

40037 Sasso Marconi (BO)

C.F. 02533990376

P.I. 00586931206

La prenotazione della visita può essere fatta con questo modulo compilato in tutte le sue parti:

- presso gli sportelli CUP dislocati nel territorio dell'AUSL di Bologna,
- CUP telefonico Numero Verde 800 88 48 88,
- CupWeb / Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE),

**ALL'ATTO DELLA VISITA L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI CON:**

- QUESTO MODULO compilato e firmato in ogni sua parte
- IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ (qualunque sia l'età)
- L'ESITO DELL'ESAME DELLE URINE COMPLETO
- Eventuale documentazione ed esami clinici effettuati per patologie in atto, pregresse o sospette

minorenni devono essere accompagnati da un genitore o esercente potestà genitoriale munito di documento d'identità.  
In mancanza del genitore chi accompagna il minore deve essere munito di: delega firmata dai genitori- fotocopia di un documento d'identità dell'esercente la patria potestà e di un proprio documento d'identità in corso di validità.

**DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DA GENITORE**

Il/la sottoscritto/a ..... Nato/a il ..... A .....  
esercente la patria potestà sul minore .....

Documento di riconoscimento in corso di validità del delegante, che dovrà essere esibito in fotocopia:

Documento ..... n. ..... Rilasciato da ..... il .....  
delega per l'accompagnamento del minore e ritiro del certificato

Il/la sig. ..... Documento di riconoscimento in corso di validità del delegato, che dovrà essere esibito al personale addetto:  
Documento ..... n. ..... Rilasciato da ..... il .....

Data ..... Firma .....

Si allegano documento di riconoscimento del delegante e del delegato

Il presente modulo è di proprietà dell'Azienda USL di Bologna – pertanto non saranno accettati moduli differenti dallo stesso

21