

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**

Modulo MS1

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

La Società Sportiva CSP PONTECCHIO ASD
nella persona del Presidente / Responsabile SILVESTRIN ANTONIO
affiliata a:
☐ Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. FIPAV Codice 80340250
☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Codice _____
Sede Sociale: Via PONTECCHIO 1 Città SASSO MARCONI
C.A.P. 40037 Telefono _____ Mail PONTECCHIO.CSP@GMAIL.COM
PEC: CSP.PONTECCHIO@LEGALMAIL.IT

Richiede per l'atleta:

Cognome _____ Nome _____
nato il _____ / _____ / _____ è residente nel comune di _____

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport PALLAVOLO

☐ 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

Data della richiesta _____

Timbro e firma del Presidente/Responsabile della Società
CSP PONTECCHIO A.S.D.

Via Pontecchio, 1
40037 Sasso Marconi (BO)
C.F. 02533890378
P. 0586984104

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:

- 1) **QUESTO MODULO** compilato e firmato in ogni sua parte
 - 2) **IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA'** (qualunque sia l'età)
 - 3) **L'ESITO DELL'ESAME DELLE URINE COMPLETO**
 - 4) **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 difformi dallo stesso