

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 ASD**  
nella persona del Presidente / Responsabile.....ANTONIO SILVESTRIN  
affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. FIGC Codice LND 94162#  
 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: .....

**Richiede per l'atleta:**

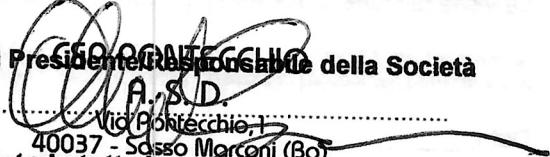
Cognome ..... Nome .....  
nato il ..... / ..... / ..... e residente nel comune di .....

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport ..... **CALCIO**  
 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

  
A.S.D.  
Via Pontecchio, 1  
40037 - Sasso Marconi (Bo)  
0516931206

La prenotazione della visita può essere fatta con questo modulo compilato e firmato in ogni sua parte

- 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'IDENTITA' (qualunque sia l'età)
- L'ESITO DELL'ESAME DELLE URINE COMPLETO
- Eventuale documentazione ed esami clinici effettuati per patologie in atto, pregresse o sospette

I 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

I presenti moduli sono di proprietà dell'Azienda USL di Bologna - pertanto non saranno accettati moduli differenti dallo stesso