



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 UNIONE POLISPORTIVA PERSICETANA ASD
nella persona del **Presidente / Responsabile** CARLOTTA SCAGLIARINI
affiliata a:
• Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. Codice
• Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. UISP Codice 26001879
Sede Sociale: Via. VIA MUZZINELLO 17 Città SAN GIOVANNI IN PERSICETO (BO)
C.A.P. 40017 Telefono 051823637 Mail info@polisportivapersicetana.it
PEC: polisportivapersicetana@cert.cna.it

Richiede per l'atleta:

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

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo **sport**
• 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

UNIONE POLISPORTIVA PERSICETANA
Associazione Sportiva Dilettantistica
Via Muzzinello, 17
40017 San Giovanni in Persiceto (BO)
Tel. 051.823.637 - Fax 051.687.59.35
info@polisportivapersicetana.it

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**

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