



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

<b>RICHIEDITA 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)</b>	<b>Modulo MS1</b>
---	-------------------

**La Società Sportiva** UNIONE POLISPORTIVA PERSICETANA ASD  
 nella persona del **Presidente / Responsabile** ENRICO ADRIANO BELINELLI  
 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 MUZZINELLO 17 ..... Città S. GIOVANNI IN PERSICETO .....  
 C.A.P. 40017 ..... Telefono 051823634 ..... Mail U.F.O.POLISPORTIVA.PERSICETANA.IT  
 PEC: POLISPORTIVA.PERSICETANA@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  
 .....

**Unione Polisportiva Persicetana**  
 Associazione Sportiva Dilettantistica  
**Timbro e firma del Presidente/Responsabile della Società**  
 40017 San Giovanni in Persiceto (BO)  
 Tel. 051.823.637 - Fax 051.687.59.35  
 C.F. 00174670374 - P.IVA 02128131204

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 .....	
<b>Documento di riconoscimento in corso di validità del delegante, che dovrà essere esibito in fotocopia:</b>	
Documento ..... n. ....	Rilasciato da ..... il .....
<b>delega per l'accompagnamento del minore e ritiro del certificato</b>	
Il/la sig. ....	
<b>Documento di riconoscimento in corso di validità del delegato, che dovrà essere esibito al personale addetto:</b>	
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