SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

IOEGI CLINICAL Cancer Centre

Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Unità Operativa Medicina dello Sport
e Prevenzione Cardiovascolare

MO08

# RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

(DM 18/02/1982 e DGR Emilia Romagna 775/2004 e s.m.i.)

**da compilare a cura della Società Sportiva**

La Società Sportiva PIEVE VOLLEY ASD

Cod Fiscale 01072910357 Con sede sociale in via KENNEDY n° 20

Città REGGIO EMILIA Prov. _____ Telefono 0522-382852

Fax _____ email apieve@virgilio.it Affiliato alla Federazione

CONI/Ente Promozionale (*specificare cosa e numero*) C.O.N.I. 11806

Nella persona del Presidente / legale rappresentate pro-tempore IORI ALESSANDRO

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere e/o di falsità negli atti (DPR 445/2000 e s.m.i.):

**CHIEDE la Visita Medico Sportiva per idoneità alla pratica AGONISTICA**

per l'atleta (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

## SPECIFICARE LO SPORT AGONISTICO PER CUI SI RICHIEDE LA VISITA:

PALLAVOLO

età MINIMA prevista dalle norme Federali, anni _____ anagrafica ○ solare ○

**(Circ Min Salute prot. 6750-P15/11/2012 e Cons. Sup. Sanità sessione XLVIII del 25/09/2012 e s.m.i.)**

ed il conseguente rilascio/aggiornamento del "libretto Sanitario dello Sportivo"(DGR 775/2004 e s.m.i.).

PRIMA AFFILIAZIONE ○ RINNOVO ○

Il Presidente dichiara di aver consegnato copia del modulo di "**Consenso Informato – Autodichiarazione**" ed il **kit** per l'esecuzione dell'**esame urine** all'atleta maggiorenne o al genitore o esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta minorenne per **la presa visione e compilazione** prima della visita.

**PER LA VISITA SI RICORDA**: tuta da ginnastica, top per le ragazze anche se piccole, scarpe da ginnastica, ecc.

## IL PRESENTE MODULO, CORRETTAMENTE COMPILATO, FIRMATO E TIMBRATO È INDISPENSABILE PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE.

data, _____

**La Società Sportiva di appartenenza**
**(timbro e firma del Presidente)**

PIEVE VOLLEY A.S.D.
VIA KENNEDY n. 20
42100 - REGGIO EMILIA
N. iscr. Reg. Nazionale C.O.N.I. 11806
Tel. e Fax 0522 382852
Partita IVA 01072910357

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation). Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo http://www.ausl.re.it/privacy

**INFORMAZIONI IMPORTANTI**

**Come prenotare visite ed esami**

I genitori degli **atleti minorenni** possono prenotare:

- on line dal proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, CUPWeb
- servio di Prenotazione Telefonica CUP
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
- nelle Farmacie convenzionate, servizio FarmaCUP

Gli **atleti maggiorenni** possono prenotare:

- per telefono, al numero dedicato alla Libera Professione Aziendale
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
- nelle Farmacie convenzionate, servizio FarmaCUP

Gli **atleti con disabilità** possono prenotare:

- utilizzando la PEC: medsport@pec.ausl.re.it
- utilizzando il Secure Form disponibile al link SaDiSport, Salute Disabilità e Sport

**Atleti minorenni**

**IMPORTANTE**: il minore **deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva dal genitore** o **dall'esercente la responsabilità genitoriale (Tutore Legale); in caso contrario non sarà possibile effettuare la visita**

**Abbigliamento/ Alimentazione**

È necessario un abbigliamento adeguato: tuta da ginnastica, top per le ragazze (anche se molto piccole), pantaloncini, scarpe da ginnastica. **Prima della visita si consiglia**: un pasto leggero, non presentarsi a digiuno, evitare le bevande alcoliche, thè, caffè, cola, ecc.

**Per l'esecuzione della visita è necessario essere in buona salute; la prova da sforzo non potrà essere eseguita nel caso in cui l'atleta presenti febbre, esiti di infortuni recenti ecc.**

**Cosa portare al momento della visita**

- tessera sanitaria (TS con codice fiscale di plastica, colore blu);
- libretto sanitario dello sportivo
- documento d'identità valido (Carta d'Identità);
- questionario e consensi informati compilati e sottoscritti dal genitore, ricevuti dalla Società Sportiva
- referti delle visite e degli esami richiesti;
- **l'esame urine** deve essere effettuato prima della visita d'idoneità sportiva agonistica (dal giorno prima a non più di 60 giorni prima) seguendo le indicazioni riportate sul foglio che ha ricevuto con la provetta dalla Società Sportiva.
- La presente richiesta di visita medico sportiva **compilata** rilasciata dalla Società Sportiva

**Tariffe**

La Regione Emilia-Romagna riconosce la gratuita della visita per idoneità sportiva agonistica agli atleti minorenni o con disabilità teserati.

**Dove e come pagare**

Si ricorda che prima di accedere a una qualsiasi prestazione sanitaria fornita dall'Azienda US/ASMN è obbligatorio avere pagato il ticket corrispondente.

Le modalità di pagamento, per gli atleti maggiorenni sono indicate sul foglio della prenotazione.

Documento di proprietà dell'Azienda Usl di Reggio Emilia – È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta