



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 F.C. Persiceto 85 s.r.l.**nella persona del **Presidente / Responsabile** **Alberto Novelli**

affiliata a:

☒ Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. F.I.G.C. Codice **630216**☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Codice**Sede Sociale:** Via **Castelfranco, 16G** Città **San Giovanni in Persiceto**C.A.P. **40017** Telefono **324 746 7726** Mail **fcpersiceto85@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

☐ 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

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**Il presente modulo è di proprietà dell'Azienda USL di Bologna – pertanto non saranno accettati moduli difformi dallo stesso**



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

**Sezione per i NON tesserati a Società Sportive
o partecipanti a concorso del Ministero della Difesa/Interno**

Il sottoscritto
nato il/...../..... e residente nel comune di
codice fiscale
in qualità di

☐ diretto interessato

☐ genitore del minore

☐ tutore/amministratore di sostegno di

☐ Per partecipare a **TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA**

(N.B.: presentarsi all'atto della prenotazione e della visita muniti di copia dell'informativa della manifestazione sportiva agonistica a cui si intende partecipare)

☐ Per partecipare a **CONCORSO presso il MINISTERO della DIFESA/INTERNO** (Esercito, Accademia Militare, Marina, Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, etc.)

(N.B.: presentarsi all'atto della prenotazione e della visita muniti di copia del documento Ministeriale)

Richiede

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport:

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,

Firma (1)

(1): La richiesta del singolo non tesserato deve riportare solo la firma del diretto interessato o del genitore/legale rappresentante e la visita può essere effettuata solo se viene allegata la documentazione attestante la partecipazione a concorso o evento sportivo a cui si intende partecipare.

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) **La documentazione attestante la partecipazione a concorso o evento sportivo a cui si intende partecipare**
- 5) **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

Il presente modulo è di proprietà dell'Azienda USL di Bologna – pertanto non saranno accettati moduli difformi dallo stesso