



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 MS1La Società Sportiva..... **MARCONI '93 - UISP**nella persona del Presidente / Responsabile..... **ANDREA FADALTI**

affiliata a:

☒ Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. **UISP** Codice **4010867**☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Codice.....Sede Sociale: Via **Piazza F.lli Cervi 1** Città **Sasso Marconi (Bo)**C.A.P. **40037** Telefono **347 3545 603** Mail **nuotomarconi93@gmail.com**PEC: **nuotomarconi93@pec.it****Richiede per l'atleta:**

Cognome..... Nome.....

nato il / / e residente nel comune di

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport..... **NUOTO AGONISTICO**☐ nuova iscrizione☐ rinnovo di certificato in scadenza il.....

Al 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.....

Assoc. Polisportiva Dilettantistica
MARCONI '93 - UISP
Via F.lli Cervi 1 Tel. 051/7507...
40037 SASSO MARCONI (Bologna)
Cod. Fisc. 92039350373

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 GENITOREIl/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