

## Certificato di idoneità per attività sportive agonistiche a elevato impegno cardio-vascolare: richiesta di visita medico-sportiva

La società sportiva ASSOCIAZIONE POLISPORTIVA DILETTANTISTICA NAZARENO

Via PIAZZALE BOB MARLEY, 7 - 41012 CARPI (MO)

e-mail polisportivanazareno@pec.it

### CHIEDE

► la visita medico-sportiva per l'atleta

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

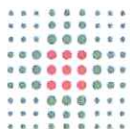
telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

► per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. <b>Altri sport di squadra:</b> Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela, <b>Altri sport individuali:</b> Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta grecoromana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroll, Sollevamento pesi, Sport Equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	Visita medico-sportiva <b>Tab. B1</b>	MS00009
<input type="checkbox"/>	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva <b>Tab. B2</b> Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	Pugilato – Wushu sanda full contact	Visita medico-sportiva <b>Tab. B3</b> Elettroencefalogramma (prima visita) Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica	MS00011 NR00011 NR00001 OT00006 OT00001 OC00001
<input type="checkbox"/>	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva <b>Tab. B4</b> Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva <b>Tab. B5</b> Visita neurologica	MS00013 NR00001
<input type="checkbox"/>	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	Visita medico-sportiva <b>Tab. B6</b> Visita otorinolaringoiatrica	MS00014 OT00001

data

| firma e timbro della società sportiva

**ASS. POL. DIL.  
NAZARENO**

P.le Bob Marley - Tel. 059 680790

41012 CARPI (MO)

Partita IVA 02307550364

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in 2 modi:

- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, ai punti unici di prenotazione e assistenza di base dell'Azienda USL e nelle farmacie di Modena e provincia.

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in 3 modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per fax, al numero 059 3963748
- per posta elettronica, agli indirizzi [visitasportiva@ausl.mo.it](mailto:visitasportiva@ausl.mo.it) (atleti di età superiore ai 40 anni) o [disabilimport@ausl.mo.it](mailto:disabilimport@ausl.mo.it) (atleti con disabilità).

### Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore o da un'altra persona delegata.

### Cosa portare al momento della visita

Deve portare i referti delle visite e degli esami richiesti (compreso l'esame delle urine).

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni presenti nel foglio timbrato che ha ricevuto dalla società sportiva insieme alla richiesta della visita o leggere la pagina internet

[www.ausl.mo.it/dsp/urinesport](http://www.ausl.mo.it/dsp/urinesport)

### Tariffe

La visita medica per l'idoneità sportiva ha un costo, stabilito dalla Regione Emilia Romagna, che si differenzia in base all'età degli atleti:

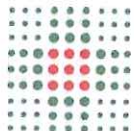
- 45 euro, per gli atleti dai 18 ai 40 anni
- 60 euro, per gli atleti con più di 40 anni.

La visita è gratuita per gli atleti minorenni o con disabilità.

### Dove e come pagare

- alle casse automatiche (riscuotitrici) dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat e, in alcuni casi, anche con carta di credito: è necessario usare il modulo di prenotazione
- agli sportelli cassa dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat o carta di credito: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- nelle farmacie di Modena e provincia
- nelle filiali Intesa Sanpaolo, senza commissione bancaria: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- tramite l'Home Banking della sua banca con il servizio "CBILL"
- ai punti di prenotazione nei reparti Salute di ipermercati e supermercati Coop
- online all'indirizzo [www.pagonlinesanita.it](http://www.pagonlinesanita.it)





## Visita medico-sportiva a minore: delega

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

☐ genitore (con la potestà legale)

☐ tutore

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

### DELEGO

*scrivere le informazioni richieste*

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

ad accompagnare il minore alla visita medico-sportiva il giorno (specificare)

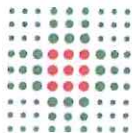
### ALLEGO

- la fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità

### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

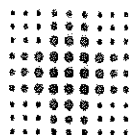
data | firma (per esteso e leggibile)



**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo [www.ausl.mo.it/informativaprivacy](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL	
Tipo e numero del documento di identità del delegato	
data	firma e timbro ( <i>L'operatore</i> )



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Dipartimento Sanità Pubblica  
Unità Operativa Tutela della salute nelle attività sportive

Per effettuare l'esame urine compilare il  
presente modulo in ogni sua parte  
**IN STAMPATELLO**

## ESAME URINE

☒ Barrare la sede nella quale si effettua la visita

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Timbro Soc. Sportiva

**ASS. POL. D.L.**

**NAZARENO**

P.le Bob Marley - Tel. 059.680790

La visita sarà effettuata presso l'Ambulatorio di

1. Modena ☐
2. Castelfranco Emilia ☐
3. Carpi ☐
4. San Felice - Aesculapio - Via degli Scienziati, 30 ☐
5. Sassuolo - ARS Medica - Via Mazzini 270 ☐
7. Vignola ☐
8. Pavullo ☐

Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della data della visita medico sportiva) presso uno dei seguenti Centri Prelievo, nei giorni e negli orari indicati.

SEDE	GIORNI	ORARIO	
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00	7.45
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - giovedì - sabato	7.10	8.15
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	7.30	9.00
Centro Prelievi di Castelfranco - c/o Ospedale	dal lunedì al sabato	7.15	8.15
Centro Prelievi di Castelnuovo	lunedì - giovedì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Castelvetro	martedì - venerdì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Cavezzo	mercoledì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Concordia	tutte le mattine tranne lunedì, mercoledì e sabato	7.30	8.30
Centro Prelievi di Fanano (solo su prenotazione)	lunedì - mercoledì - giovedì	6.30	8.00
Centro Prelievi di Finale Emilia	dal lunedì al venerdì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00	8.15
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al venerdì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Modena - c/o Ospedale Estense	dal lunedì al venerdì	7.00	8.45
Centro Prelievi di Montese	martedì - venerdì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	7.00	7.45
Centro Prelievi di Novi	lunedì, mercoledì e venerdì	7.00	7.45
Centro Prelievi di Pavullo	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Pievapelago (solo su prenotazione)	martedì, mercoledì e venerdì	6.30	7.30
Centro Prelievi di Rovereto	martedì e giovedì	7.00	8.00
Centro Prelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	7.00	8.45
Centro Prelievi di Soliera	lunedì, martedì, mercoledì, venerdì, sabato	7.15	8.15
Centro Prelievi di Spilamberto	martedì - venerdì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Vignola	dal lunedì al venerdì	7.30	9.00
Centro Prelievi di Zocca	martedì - venerdì	7.00	8.00

Informarsi, presso il Centro Prelievi dove è stata consegnata la provetta, sulle modalità di ritiro del referto, che deve essere presentato all'atto della visita medico sportiva.

Unità Operativa tutela della salute  
nelle attività sportive  
Via dello Sport, 29 - 41100 Modena  
medsportmo@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Sede legale: Via S. Giovanni del cantone, 23 - 41100 Modena  
T. +39.059.435111 - F. +39.059.435604 - www.ausl.mo.it  
Partita IVA 02241850367 T. +39.059.2134280 - F. +39.059.2134291



### ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nella casella i casi familiari (genitori – nonni – fratelli e sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore	si	no	Ipertensione	si	no	Diabete	si	no	TBC	si	no
Tumori	si	no	Paralisi	si	no	Obesità	si	no	Sifilide	si	no
Asma e malattie allergiche				si	no	Morti improvvise				si	no

#### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo	si	no	Epatite virale	si	no	Palpitazioni	si	no
Varicella	si	no	Otite	si	no	Malattie intestino	si	no
Rosolia	si	no	Sinusite	si	no	Asma	si	no
Parotite(orecchioni)	si	no	Bronchiti	si	no	Eczema (malattie pelle)	si	no
Pertosse (tosse canina)	si	no	Polmonite	si	no	Allergia	si	no
Scarlattina	si	no	Tonsillite	si	no	Svenimento - Vertigini	si	no
Lussazione anca	si	no	Pleurite	si	no	Epilessia	si	no
Scoliosi	si	no	Febbre reumatica	si	no	Diabete	si	no
Dorso curvo	si	no	Anemia	si	no	Enuresi (pipì a letto)	si	no
Piede piatto	si	no	Malattie di cuore	si	no	Trauma cranico	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie di reni	si	no	Traumi sportivi	si	no
TBC	si	no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)				si	no

#### RICOVERI PER INTERVENTO DI:

Tonsille	si	no	Adenoidi	si	no	Ernia	si	no	Appendicite	si	no	Altro	si	no
Anni			Anni			Anni			Anni			Anni		

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate:

E' guarito completamente ? si no disturbi rimasti:

Sta facendo cure ? si no quali o per quale motivo:

Usa occhiali o lenti corneali	si	no	Per miopia	si	no	Ipermetropia	si	no
E' stato in cura con busti correttivi	si	no	Astigmatismo	si	no	Strabismo	si	no
Ginnastica correttiva	si	no	Rialzo piede	si	no	Fuma	si	no
Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.)	si	no						

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti di tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della Legge sulla privacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

.....li .....

Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore