



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 PALLACANESTRO SANGIORGIO DI PIANO 2014 A.S.D.

nella persona del **Presidente / Responsabile** **Sig. AUGUSTO BINELLI**

affiliata a:

☒ Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. **F.I.P.** Codice **054223**

☐ Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. Codice

Sede Sociale: Via. **dell'Artigiano 4/4** Città **San Giorgio di Piano**

C.A.P. **40016** Telefono Mail **info@pallacanestrosangiorgio.it**

PEC: **psg@pec.pallacanestrosangiorgio.it**

Richiede per l'atleta:

Cognome Nome

nato il / / e residente nel comune di

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport **PALLACANESTRO**

☐ 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

**Pallacanestro SANGIORGIO
di Piano 2014 A.S.D.**
Via dell'Artigiano, 4/4
40016 San Giorgio di Piano (BO)

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:

- QUESTO MODULO** compilato e firmato in ogni sua parte
- IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA'** (qualunque sia l'età)
- L'ESITO DELL'ESAME DELLE URINE COMPLETO**
- 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