

| | | |
|--|---|-----------------|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna | RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA | Data 02-05-2018 |
| | | MR PD 36_01 |
| Dipartimento di Sanità Pubblica | | Rev. n. 00 |

La Società Sportiva APD FAVENTIA
 nella persona del **Presidente / Responsabile** CASTELFIDARDO ROBERTO
 con sede sociale in via LADEBCHI n. 3 Città FAENZA
 Telefono 3665434624 Fax 0546/46084 e-mail INFO@FAVENTIA.IT
 Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale F.I.G.C. - LND

Richiede per l'Atleta _____ Data di nascita _____
 Luogo di nascita _____ C.F. _____

Prima visita Rinnovo del certificato (Scadenza il _____) per lo sport _____

dichiara sotto la propria responsabilità la veridicità dei dati sopra riportati

Data, _____

Timbro della Società



Il Presidente
(firma in originale)

La prenotazione della visita può essere fatta:

- di persona in qualsiasi punto CUP o Farmacup dell'AUSL Romagna negli orari di apertura, presentando questo modulo compilato in tutte le sue parti oppure
- telefonando al numero verde gratuito CUPTel 800 002 255 dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 e il sabato dalle 8 alle 13.

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) **IL LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO**
- 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 (o altra persona munita di Delega, copia del documento del genitore e modulo anamnestico compilato)
 - Si rammenta che l'Esame delle urine è indispensabile per tutte le discipline sportive

NORME PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME URINE

Si consiglia di non praticare intensa attività fisica il giorno precedente l'esame e di non eseguirlo durante il ciclo mestruale. La consegna del campione deve avvenire nell'arco temporale che va dal giorno precedente la visita fino a 30 giorni prima.

N.B. Per potere consegnare il campione urine è necessario presentare il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte al punto prelievi.

**IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA
DELIBERA GIUNTA REGIONALE 26 APRILE 2004 N° 775**

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto CASTELFIDARDO ROBERTO
nato a FAENZA prov. RA il 02/04/1970
nella sua qualità di legale rappresentante dell'associazione sportiva dilettantistica:
A.P.D. FAVENTIA
codice di affiliazione 630054 regolarmente affiliata per l'anno in corso alla Federazione
Sportiva / alla Disciplina Associata / all'Ente di Promozione Sportiva:
F.I.G.C. - LHD riconosciuto/a dal CONI,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e/o di falsità negli atti (art. 76 del DPR 445/2000)

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, che il/la giovane:

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ prov. _____ il _____

pratica l'attività sportiva non agonistica organizzata dalla società sportiva, in modo sistematico e continuativo, secondo gli indirizzi sportivi della Federazione, Disciplina, Ente di appartenenza ed in attuazione dei programmi tecnico-didattici della società stessa.

A tal fine, chiede il rilascio della prevista certificazione di idoneità alla pratica sportiva non agonistica ed il conseguente rilascio/aggiornamento del "Libretto Sanitario dello Sportivo", di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n° 775 del 26/04/2004.

_____ (sede) _____ (data)



In fede

(firma)