

Richiesta di visita medico sportiva agonistica

La Società Sportiva _____

nella persona del **Presidente / Responsabile** _____

con sede sociale in via _____ n. _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale _____

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) **II 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 e copia del documento del genitore)
 - 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 o in prossimità del ciclo mestruale. La data dell'esame può precedere fino a 30 giorni la data della visita.

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

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

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____/____/____

residente nel Comune di _____

in qualità di:

- partecipante
- genitore del minore _____
- tutore/amministratore di sostegno di _____

Per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA

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 con copia del documento ministeriale

Per lo sport _____

Data, _____

Firma _____

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione di sanzioni penali ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n.45/2000.

AMBULATORI DI MEDICINA DELLO SPORT DELL'AUSL ROMAGNA:

Provincia di Forlì-Cesena:

- Forlimpopoli, Casa della Salute, via Duca d'Aosta n. 33 - tel. 0543 733312
- Cesena, piazza Anna Magnani n. 147 - tel. 0547 394248
- Savignano sul Rubicone, via Fratelli Bandiera n. 15/18 - tel. 0541 801868

Provincia di Ravenna:

- Ravenna, CMP primo piano, via Fiume Abbandonato n. 134 - tel. 0544 287025
- Faenza, c/o Centro "la Filanda", via della Costituzione n. 28/50 - tel. 0546 602110
- Fusignano, Centro Socio Sanitario secondo piano, via Monti n. 13 - tel. 0545 53657

Provincia di Rimini:

- Rimini, Colosseo, via Coriano n. 38 - tel. 0541 707265
- Novafeltria, Ospedale "Sacra Famiglia", via 24 maggio n. 174 - tel. 0541 919313
- Cattolica, Ospedale "Cervesi" via Beethoven n. 1 - tel. 0541 692642

N.B. Per gli sport nei quali sono necessari **ulteriori accertamenti**, l'interessato deve recarsi presso uno degli ambulatori sopra riportati con questa richiesta, al più presto, per ottenere la prescrizione delle prestazioni integrative

La visita e le prestazioni integrative richieste per alcuni Sport sono gratuite per gli atleti minorenni e i disabili di tutte le età (invalidità ≥75%).

SI RACCOMANDA DI RISPETTARE L'ORARIO DI PRENOTAZIONE