



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**

**Modulo MS1**

**(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)**

La Società Sportiva ASD POLISPORTIVA PONTEVECCHIO

nella persona del **Presidente / Responsabile** FANA AUGUSTO

affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. F.I.P. Codice 02227

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

Sede Sociale: Via DECCA BATTAGLIA 9 Città BOLOGNA

C.A.P. 40141 Telefono 0516231630 Mail INFO@PONTEVECCHIOBOLOGNA.IT

PEC: POLISPORTIVAPONTEVECCHIO@CORT.IT

**Richiede per l'atleta:**

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

nato il ..... / ..... / ..... e residente nel comune di .....

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport .....

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**

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA  
POLISPORTIVA PONTEVECCHIO

Via delle Battaglie 9, 40141 BOLOGNA

**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