

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

La Società Sportiva GRIFO TEEN AGERS IMOLA ASD
nella persona del **Presidente / Responsabile** ARCANGELI DAVIDE
con sede sociale in Via A.COSTA n. 62 Città IMOLA
Telefono 335 8072126 Fax _____ e-mail grifobasketimola@gmail.com
affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale FIP - Fed. Ital. Pallacanestro

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 _____



ASD - V.le Andrea Costa, 62 40026 Imola (BO)
CF e PIVA: 02581211204 PEC: grifoteenagers@pec.it

Il Presidente
(firma in originale)

La prenotazione della visita può essere fatta:

- **di persona** in qualsiasi punto CUP o Farmacie della Ausl Imola negli orari di apertura presentando questo modulo compilato in tutte le sue parti
- **telefonando** al numero verde gratuito CUPTel **800 040 06 06** dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 17,30 e il sabato dalle 8,30 alle ore 12,30

ALL' ATTO DELLA VISITA IL PAZIENTE DOVRA' PRESENTARSI CON:

1) QUESTO MODULO compilato e firmato in ogni sua parte

2) IL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' (**qualunque** sia l'età del paziente) ***

*** I documenti di identità utili per il riconoscimento sono: carta di identità, passaporto, patente di guida, permesso di soggiorno. NON è utile il tesserino sanitario in quanto, mancante di fotografia, non è documento

3) IL LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO

4) Eventuale documentazione ed esami clinici effettuati per patologie in atto, pregresse o sospette

5) I minorenni devono essere accompagnati da un genitore o esercente potestà genitoriale (o altra persona munita di delega debitamente compilata e firmata dal genitore unitamente a copia del documento del genitore o esercente potestà genitoriale)

Nel caso in cui l'accompagnatore del minorenne non sia provvisto di delega debitamente compilata e firmata dal genitore, unitamente ad una fotocopia di un documento di identità del genitore o esercente potestà genitoriale, la visita NON potrà essere effettuata

6) Esame delle urine indispensabile per tutti gli sport (gli utenti devono portare referto cartaceo il giorno della visita medico-sportiva)

NORME PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME URINE

Si consiglia di non praticare attività fisica il giorno precedente l'esame delle urine 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. La data sarà concordata con operatrice/operatore CUP al momento della prenotazione della visita medico sportiva agonistica il cui referto, cartaceo, dovrà essere portato il giorno della visita

N.B. L'atleta che si sottopone alla visita medico-sportiva agonistica non deve essere affetto da patologie acute in atto (febbre, influenza, mononucleosi, infezioni gastrointestinali, fratture, distorsioni, riduzione funzionale)

SI RACCOMANDA DI RISPETTARE L'ORARIO DI PRENOTAZIONE:

in caso di ritardi superiori ai 15 minuti, per esigenze di servizio, la prestazione non è garantita