

Certificato di idoneità per attività sportive agonistiche a elevato impegno cardio-vascolare: richiesta di visita medico-sportiva

La società sportiva **Bimbi sperduti asd**

Via **via san geminiano 1\d 41030 San Prospero**

e-mail **Bimbisperdutasd@hotmail.com**

CHIEDE

► la visita medico-sportiva per l'atleta

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

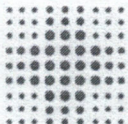
telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

► per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. Altri sport di squadra: Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela, Altri sport individuali: Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta grecoromana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroll, Sollevamento pesi, Sport Equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	Visita medico-sportiva Tab. B1	MS00009
<input type="checkbox"/>	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	Pugilato – Wushu sanda full contact	Visita medico-sportiva Tab. B3 Elettroencefalogramma (prima visita) Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica	MS00011 NR00011 NR00001 OT00006 OT00001 OC00001
<input type="checkbox"/>	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva Tab. B5 Visita neurologica	MS00013 NR00001
<input type="checkbox"/>	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	Visita medico-sportiva Tab. B6 Visita otorinolaringoiatrica	MS00014 OT00001

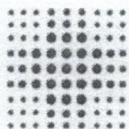
data

| firma e timbro della società sportiva

BIMBI SPERDUTI A.S.D.
via San Geminiano 1/D/ S. Prospero
C.F.: 03807650365
bimbisperdutiasd@hotmail.com
3475359527 / 3385001265

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in 2 modi:

- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, ai punti unici di prenotazione e assistenza di base dell'Azienda USL e nelle farmacie di Modena e provincia.

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in 3 modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per fax, al numero 059 3963748
- per posta elettronica, agli indirizzi visitasportiva@ausl.mo.it (atleti di età superiore ai 40 anni) o disabilimSPORT@ausl.mo.it (atleti con disabilità).

Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore o da un'altra persona delegata.

Cosa portare al momento della visita

Deve portare i referti delle visite e degli esami richiesti (compreso l'esame delle urine).

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni presenti nel foglio timbrato che ha ricevuto dalla società sportiva insieme alla richiesta della visita o leggere la pagina internet

www.ausl.mo.it/dsp/urinesport

Tariffe

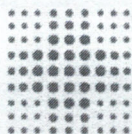
La visita medica per l'idoneità sportiva ha un costo, stabilito dalla Regione Emilia Romagna, che si differenzia in base all'età degli atleti:

- 45 euro, per gli atleti dai 18 ai 40 anni
- 60 euro, per gli atleti con più di 40 anni.

La visita è gratuita per gli atleti minorenni o con disabilità.

Dove e come pagare

- alle casse automatiche (riscuotitrici) dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat e, in alcuni casi, anche con carta di credito: è necessario usare il modulo di prenotazione
- agli sportelli cassa dell'Azienda USL, in contanti, con bancomat o carta di credito: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- nelle farmacie di Modena e provincia
- nelle filiali Intesa Sanpaolo, senza commissione bancaria: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- tramite l'Home Banking della sua banca con il servizio "CBILL"
- ai punti di prenotazione nei reparti Salute di ipermercati e supermercati Coop
- online all'indirizzo www.pagonlinesanita.it



COMPILARE IN STAMPATELLO

ESAME URINE

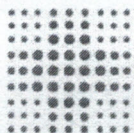
Cognome e nome _____ data di nascita _____

Società Sportiva (timbro) _____

Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della data della visita medico sportiva) presso uno dei seguenti Centri Prelievo, nei giorni e negli orari indicati.

SEDE	GIORNI	ORARIO	
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00	7.45
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - giovedì - sabato	7.30	8.15
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	8.30	9.00
Centro Prelievi di Castelnuovo	lunedì - giovedì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Castelfranco - c/o Ospedale	dal lunedì al sabato	7.15	8.15
Centro Prelievi di Castelvetro	martedì - venerdì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Cavezzo	lunedì - mercoledì	7.00	8.20
Centro Prelievi di Concordia	martedì - giovedì - venerdì	7.00	8.30
Centro Prelievi di Fanano	lunedì - mercoledì - giovedì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Finale Emilia	dal lunedì al sabato	7.00	8.30
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00	8.15
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al sabato	7.30	10.00
Centro Prelievi di Modena - La Rotonda	dal lunedì al sabato	6.45	8.30
Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Modena - c/o Ospedale Estense	dal lunedì al venerdì	7.00	8.45
Centro Prelievi di Montese	martedì - venerdì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	7.00	7.45
Centro Prelievi di Novi	dal lunedì al venerdì	7.15	7.45
Centro Prelievi di Pavullo	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Pievepelago	martedì, mercoledì e venerdì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Rovereto	lunedì, martedì e giovedì	7.15	8.00
Centro Prelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	7.00	8.30
Centro Prelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	7.00	8.45
Centro Prelievi di Serramazzoni	lunedì, giovedì e venerdì	7.30	8.30
Centro Prelievi di Soliera	dal lunedì al sabato	7.30	8.15
Centro Prelievi di Spilamberto	martedì - venerdì	7.00	8.00
Centro Prelievi di Vignola	dal lunedì al venerdì	7.30	9.00
Centro Prelievi di Zocca	lunedì - giovedì	7.00	8.00

I referti relativi ai campioni consegnati potranno essere consultati e stampati tramite sito web e "one time password" (codice referto), secondo le istruzioni che saranno rilasciate all'utente all'atto della consegna dei campioni.



Esame chimico-fisico delle urine

Istruzioni

N.B. : PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO - PROVETTA URINE TIPO 1 BIANCA CONICA.

Il campione deve essere raccolto dopo il riposo notturno, escludendo attività fisica intensa e rapporti sessuali nella precedente giornata. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.

Modalità di raccolta

Dopo aver lavato accuratamente le mani e i genitali esterni, scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo (mitto intermedio) direttamente nella provetta da urina.

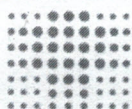
Scrivere sulla provetta il proprio nome e cognome e data di nascita.

Consegnare al centro prelievi il campione di urina almeno quattro giorni lavorativi prima della visita.

Nulla è dovuto a pagamento dell'esame urine se l'interessato è minorenne o disabile : se maggiorenne, il pagamento di tale esame è compreso nell'importo dovuto per la visita.

Per informazioni e/o chiarimenti rivolgersi a :

segreteria U.O. Tutela della salute nelle attività sportive, tel. 059/21.34.280, nelle giornate di lunedì, mercoledì e giovedì, dalle ore 10.00 alle ore 12.00.



ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e Nome nato/a a il

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nella casella i casi familiari (genitori – nonni – fratelli e sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Iperensione	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	TBC	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Tumori	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Paralisi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Obesità	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Sifilide	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Asma e malattie allergiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Morti improvvise	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Epatite virale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Palpitazioni	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Varicella	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Otite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Malattie intestino	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Rosolia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Sinusite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Asma	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Parotite(orecchioni)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Bronchiti	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Eczema (malattie pelle)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Pertosse (tosse canina)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Polmonite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Allergia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Scarlattina	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Tonsillite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Svenimento - Vertigini	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Lussazione anca	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Pleurite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Epilessia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Scoliosi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Anemia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Enuresi (pipi a letto)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Piede piatto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Scapole alate	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Malattie di reni	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
TBC	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no			

RICOVERI PER INTERVENTO DI:

Tonsille	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Adenoidi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Ernia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Appendicite	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Altro	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Anni	<input type="text"/>		Anni	<input type="text"/>		Anni	<input type="text"/>		Anni	<input type="text"/>		Anni	<input type="text"/>	

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate:

E' guarito completamente ? si no disturbi rimasti:

Sta facendo cure ? si no quali o per quale motivo:

Usa occhiali o lenti corneali	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Per miopia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Ipermetropia	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
E' stato in cura con busti correttivi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Astigmatismo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Strabismo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ginnastica correttiva	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Rialzo piede	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Fuma	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no						

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti di tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della Legge sulla privacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore