Dipartimento di Prevenzione

Sezione di Medicina dello Sport

Sede Operativa: via IV Novembre, 294 – 28887 Omegna

Tel. 0323 868046 - 0323 868048

e-mail :medicinadellosport@aslvco.it

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER LA PRATICA DELL’ATTIVITA’

AGONISTICA

**PRIMA VISITA**

**VISITA SUCCESSIVA ALLA PRIMA (SCADENZA CERTIFICATO IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

LA SOCIETA’ SPORTIVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affiliata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con SEDE in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### CHIEDE

nella persona del suo legale rappresentante Sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per il proprio ATLETA

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_

Do. IdentitàN° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telef. Recapito (del genitore se minorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L’IDONEITA’ ALLA PRATICA SPORTIVA**

**AGONISTICA DELLO SPORT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si certifica che l’atleta è residente nell’ASL VCO e che ha un’età minima di accesso all’attività agonistica conforme a quanto previsto dal DM 18/2/1982 per lo sport sopraindicato

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro società Firma Presidente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Recapito telefonico per comunicazioni urgenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN CASO DI DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE O DI IMPOSSIBILITA’ A PRESENTARSI ALLA VISITA L’ATLETA DOVRA’ OBBLIGATORIAMENTE AVVISARE.**

##### **INFORMAZIONI UTILI**

Presentarsi alla visita muniti di :

* documento di identità personale non scaduto
* tesserino sanitario
* codice fiscale
* foglio di prenotazione visita COMPILATO
* foglio anamnestico e dichiarazione privacy COMPILATI
* ticket pagato (solo per atleti maggiorenni)
* provetta contenente le prime urine del mattino
* eventuali occhiali da vista o lenti a contatto
* eventuali esami clinici o documentazione medica relativa a problemi in atto o pregressi.
* pantaloncini corti e scarpe da ginnastica.

GLI ATLETI MINORENNI DEVONO ESSERE ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE O PERSONA DI SUA FIDUCIA

I MODULI POSSONO ESSERE SCARICATI DAL SITO DELL’ASL

Le prenotazioni possono essere effettuate solo presso i CUP aziendali ASL:

Ospedale Castelli – Verbania

Ospedale San Biagio – Domodossola

Centro Ortopedico di Quadrante - Omegna

Oppure presso il Centro Medicina Attiva di Cannobio

**Si precisa che non potrà essere effettuata la prenotazione qualora il presente modulo non sia completo in ogni sua parte**