

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

La società sportiva

Via

e-mail

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.

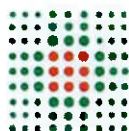
telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

► per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
☐	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
☐	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
☐	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
☐	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
☐	Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva Tab. B5 Visita neurologica	MS00013 NR00001
☐	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

MIA MYA SSD A RL
Via Indipendenza, 93 - 41049 Sassuolo (MO)
Iscr. Reg. Impr. di Modena: MO 419837
C.F. e P.IVA 03812780363
Cap. Soc. Versato: € 2.500,00
PEC: myassd@pec.it

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, gli atleti di età inferiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in 2 modi:

- per telefono, ai numeri 848 800 640 (chiamata da telefono fisso) o 059 2025050 (chiamata da cellulare) del call center Tel&prenota
- di persona, agli sportelli CUP dell'Azienda USL e nelle farmacie di Modena e provincia.

Gli atleti di età superiore ai 40 anni possono prenotare in 3 modi:

- per telefono, al numero 059 2134280
- per fax, al numero 059 3963748
- per posta elettronica all'indirizzo visitasportiva@ausl.mo.it

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

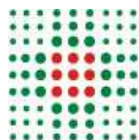
La visita medica per l'idoneità sportiva ha un costo, stabilito dalla Regione Emilia Romagna, che si differenzia in base all'età degli atleti:

- 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 filiali del Banco Popolare Società Coop. (ex Banco Popolare di Verona - S. Geminiano e S. Prospero), senza commissione bancaria: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- ai punti di prenotazione nei reparti Salute di ipermercati e supermercati Coop Estense
- online all'indirizzo www.pagonlinesanita.it



Luogo e data della visita: _____

ACCERTAMENTO IDONEITÀ SPECIFICA ALLO SPORT

Cognome e Nome dell'atleta _____ nato/a a _____ () il _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

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

Malattie di cuore ☐ si ☐ no Ipertensione ☐ si ☐ no Diabete ☐ si ☐ no Morti improvvise ☐ si ☐ no

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Malattie del passato e presenti

Morbillo	☐ si ☐ no
Varicella	☐ si ☐ no
Rosolia	☐ si ☐ no
Parotite(orecchioni)	☐ si ☐ no
Pertosse	☐ si ☐ no
Scarlattina	☐ si ☐ no
Lussazione anca	☐ si ☐ no
Scoliosi	☐ si ☐ no
Dorso curvo	☐ si ☐ no
Piede piatto	☐ si ☐ no
Scapole alate	☐ si ☐ no
TBC (tubercolosi)	☐ si ☐ no

Epatite virale	☐ si ☐ no
Otite	☐ si ☐ no
Sinusite	☐ si ☐ no
Bronchiti	☐ si ☐ no
Polmonite	☐ si ☐ no
Tonsillite	☐ si ☐ no
Pleurite	☐ si ☐ no
Febbre reumatica	☐ si ☐ no
Anemia	☐ si ☐ no
Malattie del cuore	☐ si ☐ no
Malattie renali	☐ si ☐ no

Malattie dell'intestino	☐ si ☐ no
Allergia	☐ si ☐ no
Asma	☐ si ☐ no
Malattie della pelle	☐ si ☐ no
Epilessia	☐ si ☐ no
Diabete	☐ si ☐ no
Vertigini	☐ si ☐ no
Svenimenti	☐ si ☐ no
Palpitazioni	☐ si ☐ no
Trauma cranico	☐ si ☐ no
Fratture	☐ si ☐ no
Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	☐ si ☐ no

Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri eseguiti

Tonsille ☐ si ☐ no Adenoidi ☐ si ☐ no Ernia ☐ si ☐ no Appendicite ☐ si ☐ no

Altri interventi o ricoveri ospedalieri: _____

E' guarito completamente ? ☐ si ☐ no disturbi rimasti: _____

Altre Informazioni

Sta facendo cure o terapie farmacologiche? ☐ si ☐ no quali o per quale motivo: _____

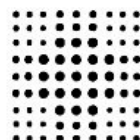
Ha mai eseguito i seguenti accertamenti cardiologici? ☐ ecocardiogramma ☐ holter cardiaco 24 h

Usa occhiali o lenti corneali? ☐ si ☐ no per quale difetto: _____

E' stato in cura con busti correttivi? ☐ si ☐ no Usa rialzo ad un piede? ☐ si ☐ no

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiara di avere informato il medico delle proprie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive agonistiche. Si impegna a non fare uso di droghe e sostanze dopanti. Dichiara di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e dall'uso di alcool. Esprime, ai sensi della Legge sulla privacy (D. Lgs. 196/2003), il consenso a trattare i propri dati personali e sensibili per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa, incluso l'invio alla società sportiva richiedente la visita del certificato di idoneità/non idoneità sportiva agonistica.

Firma del dichiarante o, se minore, di un genitore



ESAME URINE

COMPILARE IN STAMPATELLO

Revisione del 20/01/2021

Cognome e nome _____ data di nascita _____

Società Sportiva (timbro) _____

MYA MYA SSD A RL
Via Indipendenza, 93 - 41049 Sassuolo (MO)
Iscr. Reg. Impr. di Modena: MO 419937
C.F. e P.IVA 03812780383
Cap. Soc. Versato: € 2.500,00
PEC: myasad@pec.it

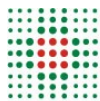
Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della data della visita medico sportiva) presso uno dei seguenti Centri Prelievi, nei giorni e negli orari indicati.

NOTA BENE: Come da disposizioni relative al protocollo COVID, la consegna della provetta va prenotata in farmacia.

SEDE	GIORNI	ORARIO	
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - mercoledì - giovedì - sabato	7.30	9.00
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	8.30	9.30
Centro Prelievi di Castelnuovo	lunedì - mercoledì - giovedì	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelfranco	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelvetro	martedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Cavezzo	lunedì - mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Concordia	martedì - giovedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Fanano	lunedì - mercoledì - giovedì	7.30	9.30
Centro Prelievi di Finale Emilia	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al sabato	7.15	9.00
Centro Prelievi di Modena - La Rotonda	dal lunedì al venerdì sabato	6.30 7.00	10.00 10.00
Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Montese	martedì - venerdì	7.00	8.30
Centro Prelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Novi	dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Pavullo	dal lunedì al venerdì sabato	7.00 7.00	10.00 8.30
Centro Prelievi di Pievepelago	lunedì, martedì, mercoledì e venerdì	7.30	9.00
Centro Prelievi di Rovereto	lunedì, martedì e giovedì	7.00	8.30
Centro Prelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Serramazzoni	martedì, mercoledì, giovedì e venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Soliera	dal lunedì al sabato	7.00	8.30
Centro Prelievi di Spilamberto	martedì - giovedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Vignola	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Zocca	lunedì - giovedì	7.00	8.30

Si prega di verificare comunque giorni ed orari di ricevimento dei Centri Prelievi al seguente link

<http://www.ausl.mo.it/punti-prelievi>



DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a esercente la patria potestà sul
minore

DELEGO

Il /la Sig. ad essere presente in mia vece
alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà, per l'accertamento della idoneità alla pratica
sportiva agonistica.

Data Firma

**ATTENZIONE: ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO
DELL'ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**