

|   |  |  |
|---|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</p> <p><b>Dipartimento di Sanità<br/>Pubblica</b></p> | <p><b>RICHIESTA DI VISITA<br/>MEDICO SPORTIVA<br/>AGONISTICA</b></p> | <p><b>Data 07/09/2022<br/>MR PD 36_01<br/>Rev. n. 00</b></p> |
|---|--|--|

La Società Sportiva **A.S.D. Livio Neri**

nella persona del **Presidente / Responsabile** CARLO VENTURI

con sede sociale in via **Via Fratelli Bandiera, 69** n. .... Città **Cesena**

Telefono ..... 338 9059889 ..... Fax ..... e-mail **info@livioneri.it**

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale \_\_\_\_\_

**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

Timbro della Società Il Presidente

Data, 07/09/2022

Carlo Venturi (firma in originale)

La **prenotazione** della visita può essere fatta:

**di persona** in qualsiasi **punto CUP o Farmacup dell'AUSL Romagna** negli orari di apertura, presentando questo modulo compilato in tutte le sue parti oppure **telefonando** al numero verde gratuito CUPTel **800 002 255** dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 e il sabato dalle 8 alle 13.

**ALL'ATTO DELLA VISITA L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI CON:**

- 1) **QUESTO MODULO compilato e firmato in ogni sua parte**
- 2) **IL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA'** (qualunque sia l'età)
- 3) **IL LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO**
- 4) **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 (o altra persona munita di Delega, copia del documento del genitore e modulo anamnestico compilato)

Si rammenta che **l'Esame delle urine è indispensabile per tutte le discipline sportive**

## NORME PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME URINE

Si consiglia di non praticare intensa attività fisica il giorno precedente l'esame 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. **N.B. Per potere consegnare il campione urine è necessario presentare il presente modulo debitamente compilato in ogni sua parte al punto prelievi.**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA</p> <p><b>Dipartimento di Sanità<br/>Pubblica</b></p> | <p><b>RICHIESTA DI VISITA<br/>MEDICO SPORTIVA<br/>AGONISTICA</b></p> | <p><b>Data 07/09/2022<br/>MR PD 36_01<br/>Rev. n. 00</b></p> |
|--|--|--|

### Sezione per i NON tesserati a Società Sportive o partecipanti a concorso del Ministero della Difesa/Interno

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in qualità di:

partecipante

genitore del minore \_\_\_\_\_

tutore/amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

Per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA

Per partecipare a CONCORSO presso il MINISTERO della DIFESA/INTERNO (Esercito, Accademia Militare, Marina, Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, etc.)

**N.B: presentarsi con copia del documento ministeriale**

Per lo sport \_\_\_\_\_

Data, 07/09/2022

Firma \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione di sanzioni penali ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n.445/2000.**

## AMBULATORI DI MEDICINA DELLO SPORT DELL'AUSL ROMAGNA:

### Provincia di Forlì-Cesena:

Forlimpopoli, Casa della Salute, via Duca d'Aosta n. 33 - tel. 0543 733312

Cesena, piazza Anna Magnani n. 147 - tel. 0547 394248

Savignano sul Rubicone, via Fratelli Bandiera n. 15/18 - tel. 0541 801868

### Provincia di Ravenna:

Ravenna, CMP primo piano, via Fiume Abbandonato n. 134 - tel. 0544 287025

Faenza, c/o Centro "la Filanda", via della Costituzione n. 28/50 - tel. 0546 602110

Fusignano, Centro Socio Sanitario secondo piano, via Monti n. 13 - tel. 0545 53657

### Provincia di Rimini:

Rimini, Colosseo, via Coriano n. 38 - tel. 0541 707265

Novafeltria, Ospedale "Sacra Famiglia", via 24 maggio n. 174 - tel. 0541 919313

Cattolica, Ospedale "Cervesi" via Beethoven n. 1 - tel. 0541 692642

**N.B.** Per gli sport nei quali sono necessari **ulteriori accertamenti**, l'interessato deve recarsi presso uno degli ambulatori sopra riportati con questa richiesta, al più presto, per ottenere la prescrizione delle prestazioni integrative

**La visita e le prestazioni integrative richieste per alcuni Sport sono gratuite per gli atleti minorenni e i disabili di tutte le età (invalidità ≥75%).**

**SI RACCOMANDA DI RISPETTARE L'ORARIO DI PRENOTAZIONE**

---

*Carlo Venturi*