MODULO DA PORTARE ALLA VISITA MEDICA COMPILATO E FIRMATO IN TUTTE LE SUE PARTI, UNITAMENTE AL REFERTO DELLE URINE.

COMPILAZIONE A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

(D.M. Sanità 18/2/1982)

LA SOCIETA' SPORTIVA SG SOLARIS ASD

Sede Sociale: Via Delle Olimpiadi N°4.

Città Formigine C.A.P. 41043

Telefono 059557152

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva 02213230366

Codice Affiliazione Federale FGI – 06/1194 ISCRITTA NEL RAS.

CHIEDE

Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

❑ **AGONISTICA**

❑ **NON AGONISTICA**

DELLO SPORT .....

Per l'ATLETA: COGNOME.....NOME.....

Nato a .....il .....

Residente in ..... C.A.P. .....

Via ..... N°.....

Telefono .....Cellulare .....

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE della Società Sportiva

Giuliano Balboni SOCIETÀ GINNASTICA C.O.N.I. - F.G.I. 1987 SOLARIS ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA .....

COMPILAZIONE A CURA DEL GENITORE

AUTODICHIARAZIONE

(Decreto Legislativo 196/03)

Il sottoscritto ....., genitore di ……...…….
dà il consenso all'effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore ……...…….

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE DEL PROPRIO FIGLIO/A, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI, E CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NON E' MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO-SPORTIVE DI LEGGE.

ESPRIME INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I DATI PERSONALI E SENSIBILI DEL PROPRIO FIOGLIO/A, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E PER LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

Firma del genitore ……...…….

Data ……..

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

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	Epatite virale	si	no	Malattie dell' intestino	si	no
Varicella	si	no	Otite	si	no	Allergia	si	no
Rosolia	si	no	Sinusite	si	no	Asma	si	no
Parotite(orecchioni)	si	no	Bronchiti	si	no	Malattie della pelle	si	no
Pertosse	si	no	Polmonite	si	no	Epilessia	si	no
Scarlattina	si	no	Tonsillite	si	no	Diabete	si	no
Lussazione anca	si	no	Pleurite	si	no	Vertigini	si	no
Scoliosi	si	no	Febbre reumatica	si	no	Svenimenti	si	no
Dorso curvo	si	no	Anemia	si	no	Palpitazioni	si	no
Piede piatto	si	no	Malattie del cuore	si	no	Trauma cranico	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie renali	si	no	Fratture	si	no
TBC (tubercolosi)	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

_____

Dipartimento Sanità Pubblica
U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive
Via dello Sport, 29 - 41122 Modena
T. +39.059.2134280 - F. +39.059.3963748
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Sede legale: Via S. Giovanni del cantone, 23 - 41100 Modena
T. +39.059.435111 - F. +39.059.435604 - www.ausl.mo.it
Partita IVA 02241850367

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Sanità Pubblica
U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive

ESAME URINE

COMPILARE IN STAMPATELLO

Revisione del 20/01/2021

Cognome e nome _____ **data di nascita** _____

Società Sportiva (timbro) S.G.SOLARIS ASD

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

U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive
Viale dello Sport, 29 - 41122 Modena
T.+39.059.2134280 - F. +39.059.3963748
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena
T. +39.059.435111 - F. +39.059.3963774 - www.ausl.mo.it
Partita IVA 02241850367

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Dipartimento Sanità Pubblica
U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive

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.

U.O.C. Tutela della salute
nelle attività sportive
Viale dello Sport, 29 - 41122 Modena
T.+39.059.2134280 - F. +39.059.3963748
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena
T. +39.059.435111 - F. +39.059.3963774 - www.ausl.mo.it
Partita IVA 02241850367

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

La società sportiva S.G.SOLARIS asd

Via DELLE OLIMPIADI N.4 - 41043 FORMIGINE (MO)

e-mail sgsolaris.asd@pec.it sgsolaris@virgilio.it

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, Hochey (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

SOCIETA' GINNASTICA C.O.N.I. - F.G.I. 1987 SOLARIS ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet disponibile su 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