



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

- Dipartimento di Sanità Pubblica
- Unità Operativa Semplice Dipartimentale Medicina dello Sport

**RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT
PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**

(D.M. 18/02/1982 Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)

Modulo MS1

La Società Sportiva..... **VOLLEY TEAM BOLOGNA S.S.D. A R.L.**

nella persona del **Presidente / Responsabile**..... **SABBIONI ROBERTO**

affiliata a:

X Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I..... Codice **260924**

Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I..... Codice.....

Sede Sociale: Via..F.E. DE GIOVANNI, 33 Città.....BOLOGNA.....

C.A.P. .40129..... Telefono...3939226394 Mailsegreteria@volleyteambologna.it

PEC: **ideavolleybologna@pec.it**

Richiede per l'atleta:

Cognome Nome

nato il / / e residente nel comune di

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport **PALLAVOLO**

nuova iscrizione

rinnovo di certificato in scadenza il.....

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati personali saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Data della richiesta

Timbro e firma del Presidente/Responsabile della Società

VOLLEY TEAM BOLOGNA S. S. D. a R. L.

Sede leg.: via DE GIOVANNI, 33 - 40129 Bologna

PI 03489991202

La prenotazione della visita può essere fatta con questo modulo compilato in tutte le sue parti.

- presso gli sportelli CUP dislocati nel territorio dell'AUSL di Bologna,
- CUP telefonico Numero Verde 800 88 48 88,
- CupWeb / Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE),

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

- 1) **QUESTO MODULO compilato e firmato in ogni sua parte**
- 2) **II PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITA'** (qualunque sia l'età)
- 3) **L'ESITO DELL'ESAME DELLE URINE COMPLETO**
- 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 munito di documento d'identità. In mancanza del genitore chi accompagna il minore deve essere munito di: delega firmata dai genitori- fotocopia di un documento d'identità dell'esercente la patria potestà e di un proprio documento d'identità in corso di validità.

DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORE DA PARTE DI PERSONA DIVERSA DA GENITORE

Il/la sottoscritto/a Nato/a il A.....
esercente la patria potestà sul minore

Documento di riconoscimento in corso di validità del delegante, che dovrà essere esibito in **fotocopia**:

Documento n. Rilasciato da il

delega per l'accompagnamento del minore e ritiro del certificato

Il/la sig.

Documento di riconoscimento in corso di validità del delegato, che dovrà essere esibito al personale addetto:

Documento n. Rilasciato da il

Data Firma

Si allegano documento di riconoscimento del delegante e del delegato

Il presente modulo è di proprietà dell'Azienda USL di Bologna – pertanto non saranno accettati moduli difformi dallo stesso