

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

La società sportiva C.S.D. JACQUES MARITAIN ASD/APS

Via ALVARADO N 27 41123 MODENA

e-mail tesseramento.maritain@gmail.com

### 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. \_\_\_\_\_

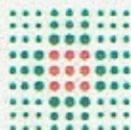
telefono (fisso o cellulare) \_\_\_\_\_

e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

► per l'attività sportiva indicata

*barrare UNA casella*

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. <b>Altri sport di squadra:</b> 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, <b>Altri sport individuali:</b> 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
<input type="checkbox"/>	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva Tab. B2 Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva Tab. B4 Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva Tab. B5 Visita neurologica	MS00013 NR00001
<input type="checkbox"/>	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	Visita medico-sportiva Tab. B6 Visita otorinolaringoiatrica	MS00014 OT00001

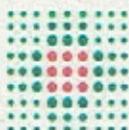
data

| firma e timbro della società sportiva

**C.S.D. J. MARITAIN** ASD/APS  
MODENA

**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](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)



## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in diversi modi:

- on line, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico
- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, nelle farmacie di Modena e provincia e nei corner salute di diversi ipermercati e supermercati Coop Alleanza 3.0 di Modena e provincia

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in diversi modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per posta elettronica, agli indirizzi [visitasportiva@ausl.mo.it](mailto:visitasportiva@ausl.mo.it) (atleti di età superiore ai 40 anni) o [disabilimsport@ausl.mo.it](mailto:disabilimsport@ausl.mo.it) (atleti con disabilità).

### 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](http://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

Le informazioni sulle modalità di pagamento sono indicate in allegato alla prenotazione della visita.

## ESAME CHIMICO FISICO DELLE URINE

N.B.: PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO: BARATTOLO STERILE TAPPO GIALLO CON ESTRATTORE E PROVETTA TAPPO BIANCO FONDO TONDO



Barattolo sterile tappo giallo



Provetta tappo bianco

Preparazione: raccogliere il campione dopo il riposo notturno evitando attività fisica intensa e rapporti sessuali nella giornata precedente. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.

Raccolta: dopo avere lavato accuratamente le mani e i genitali esterni (con abbondante risciacquo), svitare il tappo in senso antiorario cercando di non toccare le superfici interne del contenitore e del coperchio. Scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo nel barattolo (riempire il contenitore di non più di 3/4 della sua capacità), richiudere e miscelare il campione prima del trasferimento in provetta. Sollevare parzialmente l'etichetta adesiva presente sul coperchio (non toglierla completamente), inserire la provetta senza togliere il tappo, esercitare e mantenere una moderata pressione sulla provetta ed attendere il completo riempimento (cessazione del flusso). Togliere la provetta e riposizionare accuratamente l'etichetta adesiva al coperchio. NB: per i bambini riempire almeno la metà della provetta.

Nel caso siano richiesti contemporaneamente vari esami sulle urine del mattino aspirare prima il campione per il chimico-fisico (provetta con tappo bianco da 10 ml) e poi quello o quelli per gli ulteriori esami (tappo giallo per urinocoltura, altra provetta con tappo bianco per test di gravidanza, tappo marrone per analisi di chimica: sodio, potassio, calcio, proteine, creatinina, albumina, amilasi, beta 2 microglobulina urine, altra provetta tappo marrone per Bence Jones, immunofissazione urine, elettroforesi proteine urine).

Scrivere su ogni provetta il proprio nome, cognome e data di nascita.

Eliminare il barattolo per la raccolta diretta (che non deve essere consegnato al Centro Prelievi)

NB: Per tutti i casi in cui la raccolta delle urine non segue vie fisiologiche (catetere, stomia, sacchettino), il campione di urina andrà comunque trasferito nel barattolo con successivo utilizzo delle provette come sopra indicato.



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	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epatite virale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie dell' intestino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Varicella	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Otite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Allergia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Rosolia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sinusite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Asma	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Parotite(orecchioni)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Bronchiti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie della pelle	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Pertosse	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Polmonite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epilessia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Scarlattina	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Tonsillite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Lussazione anca	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Pleurite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Vertigini	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Scoliosi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Svenimenti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Anemia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Palpitazioni	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Piede piatto	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie del cuore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Scapole alate	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie renali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Fratture	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
TBC (tubercolosi)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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

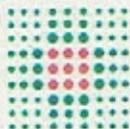
Usa occhiali o lenti corneali?  si  no per quale difetto: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_



## Visita medico-sportiva a minore: delega

Io sottoscritto/a

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

genitore (con la potestà legale)

tutore

*barrare UNA casella e scrivere le informazioni richieste*

del minore (nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

### DELEGO

*scrivere le informazioni richieste*

(nome) | (cognome)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Via | n.

ad accompagnare il minore alla visita medico-sportiva il giorno (specificare)

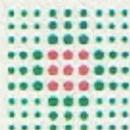
### ALLEGO

- la fotocopia di un mio documento di identità in corso di validità

### SONO CONSAPEVOLE CHE

le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa). L'Azienda USL effettua controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, come previsto dalla legge.

data | firma (per esteso e leggibile)



**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](http://www.ausl.mo.it/informativaprivacy)

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL	
Tipo e numero del documento di identità del delegato	
data	firma e timbro ( <i>L'operatore</i> )