



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** ..... **POLISPORTIVA SAN MAMOLO 2000 ASD** .....  
nella persona del **Presidente / Responsabile** ..... **JACOPO MANNINI** .....  
affiliata a:  
 Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. .... **FIP** ..... Codice ..... **045150** .....  
 Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. .... **CSI-VISP-ACS** ..... Codice ..... **0400078 - 2329 - 100366** .....  
**Sede Sociale:** Via ..... **SAN MAMOLO 139** ..... Città ..... **BOLOGNA** .....  
C.A.P. **40136** ..... Telefono ..... **051 580568** ..... Mail ..... **segreteria@polsanmamolo.com** .....  
**PEC:** ..... **polisportivasanmamolo2000@legalmail.it** .....

**Richiede per l'atleta:**

Cognome ..... Nome .....  
nato il ..... / ..... / ..... e residente nel comune di .....

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo **sport** .....  
 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**  
POLISPORTIVA SAN MAMOLO 2000 a.s.d.  
Via San Mamolo, 139  
C.F. 02400930978 - P.IVA 02861281208

**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) **IL 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**

II/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**  
II/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**