

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. 18.02.1982 - Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica)**

L'Associazione Sportiva ASSOCIAZIONE SPORTIVA MERANO ASD

nella persona del/la **Presidente** RODOLFO SARETTO

con sede sociale in via LIDO 4 CAP 39012 luogo MERANO

telefono 0473442442 e-mail INFO@ASMERANO.IT PEC asmerano@pec.cgn.it

affiliata a:

☒ Federazione Sportiva Nazionale (FSN) del C.O.N.I. _____

☐ Discipline sportive associate (DSA) _____

☒ Ente di Promozione Sportiva riconosciuta dal C.O.N.I. (EPS) USSA, LIBERTAS

☐ Comitato Italiano Paralimpico (CIP) _____

RICHIEDE PER L'ATLETA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ CAP _____ via _____

Codice fiscale _____

Se già tesserato/a, n° tessera società sportiva _____

Atleta disabile (art. 3, L 104/1992) ☐ Sì ☐ No

la visita di idoneità sportiva agonistica per lo sport

☐ Nuovo tesseramento

☐ Rinnovo del tesseramento con certificato in scadenza il _____

☐ Visita di controllo ai sensi D.M.18.02.1982, all. 1, tab. A, punti d) e e)



- ☐ Certificazione per l'attività sportiva paralimpica (CIP – DM 4 marzo 1993)
- ☐ Certificato di idoneità sportiva per la partecipazione alla fase nazionale dei Giochi Sportivi Studenteschi
- ☐ si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale e/o dell'Ente di Promozione Sportiva

Tutte le dichiarazioni rilasciate e contenute nella presente richiesta sono soggette alle disposizioni del testo unico, approvato con il D.P.R. n. 445 del 28.12.2000. Le dichiarazioni mendaci verranno perseguite penalmente ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come previsto dall'art. 76 del summenzionato testo unico

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 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.

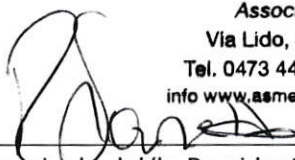
ASSOCIAZIONE SPORTIVA MERANO

Associazione Dilettantistica

Via Lido, 4 - 39012 MERANO (BZ)

Tel. 0473 442442 - P.IVA 01666890213

info www.asmerano.it | e-mail info@asmerano.it



Data della richiesta

Timbro e firma in originale del/la Presidente dell'Associazione

N.b. Qualora l'Associazione Sportiva si assuma l'onere delle spese relative alla visita medico-sportiva dell'atleta non esente, è tenuta a compilare il modulo "Dichiarazione di fatturazione". In tal caso, l'atleta dovrà presentarsi con entrambi i moduli debitamente compilati e firmati dal Presidente dell'Associazione Sportiva. In mancanza di tale documento, la fattura verrà intestata direttamente all'atleta.

La visita medico sportiva può essere prenotata presso il Centro Unico di Prenotazione Provinciale CUPP – telefonicamente al numero 100100 (prefissi 0471, 0472, 0473, 0474, dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle 16:00) oppure via e-mail all'indirizzo prenotazioni@asdaa.it.

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Dati anagrafici

Nome, Cognome:

Nato:

Via:

CAP:

Località:

Tel:

casa:

Lavoro:

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?

Quanto si allena? (ore/settimana)

Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto sì ☐ no ☐ morte improvvisa sì ☐ no ☐ altro sì ☐ no ☐

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)
(Barare la casella che interessa, se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso

Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Petite

Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Occhi

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Naso, seni, paranasali

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Orecchie
Otit, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Apparato respiratorio
Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Sistema cardiocircolatorio
Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, fibrill, arteriopatie periferiche, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Apparato digerente
Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Apparato uro-generale
Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Cute, apparato locomotorio
Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Metabolismo
Ipo o iperteroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Per FEMMINE:
attualmente in gravidanza? Anomale del ciclo mestruale? Mestruazioni in atto?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)

Sì ☐

NO ☐

SI ☐

NO ☐

Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto):

Fuma? (cosa/quanto):

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto):

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

Sì ☐

NO ☐

NO ☐

Con la mia firma dò il consenso al trattamento sanitario riguardando la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si può visionare al sito www.sabes.it oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____

(per l'imponente firma anche del genitor - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma con la propria firma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)