

**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** .....

nella persona del **Presidente / Responsabile** .....  
affiliata a:

Federazione Sportiva Nazionale del C.O.N.I. .... Codice .....

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

Sede Sociale: Via ..... Città .....

C.A.P. .... Telefono ..... Mail .....

**PEC:** .....

**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**

.....

**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**

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**

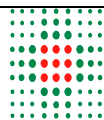
Il/la sig. ....

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**



**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**

**Sezione per i NON tesserati a Società Sportive  
o partecipanti a concorso del Ministero della Difesa/Interno**

Il sottoscritto .....  
nato il ...../...../..... e residente nel comune di .....  
codice fiscale .....  
in qualità di

- diretto interessato  
 genitore del minore .....  
 tutore/amministratore di sostegno di .....
- Per partecipare a **TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA**  
(N.B.: presentarsi all'atto della prenotazione e della visita muniti di copia dell'informativa della manifestazione sportiva agonistica a cui si intende partecipare)
- Per partecipare a **CONCORSO presso il MINISTERO della DIFESA/INTERNO** (Esercito, Accademia Militare, Marina, Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, etc.)  
(N.B: presentarsi all'atto della prenotazione e della visita muniti di copia del documento Ministeriale)

**Richiede**

La visita di idoneità sportiva agonistica per lo **sport:** .....

*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, ..... Firma (1) .....

(1):La richiesta del singolo non tesserato deve riportare solo la firma del diretto interessato o del genitore/legale rappresentante.

**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) **La documentazione attestante la partecipazione a concorso o evento sportivo a cui si intende partecipare**
- 5) **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**