

Ai genitori degli atleti e agli atleti maggiorenni

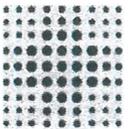
## **OGGETTO:RINNOVO VISITA MEDICO SPORTIVA**

Vi ricordo che dovete prenotare la visita medico sportiva in farmacia

Ricordatevi che:

- Quattro giorni prima della visita portare la provetta con l'urina assieme ai moduli per l'esame delle urine al centro prelievi a voi più comodo.
- Il giorno stabilito recatevi alla visita portando con voi:
- I moduli che vi sono stati consegnati debitamente compilati;
- Documento di riconoscimento del genitore che accompagna l'atleta o una fotocopia qualora ad accompagnare sia un'altra persona;
- Il libretto dello sportivo;
- Eventuali referti specialistici  
(visite ortopediche,spirometrie,elettrocardiogrammi,...)





Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input type="checkbox"/> Pugilato – Wushu sanda full contact	Visita medico-sportiva <b>Tab. B3</b> Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00011 NR00011
<input type="checkbox"/>	Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica	NR00001 OT00006 OT00001 OC00001
<input type="checkbox"/> Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale	Visita medico-sportiva <b>Tab. B4</b> Visita neurologica Elettroencefalogramma (prima visita)	MS00012 NR00001 NR00011
<input type="checkbox"/> Slalom gigante e speciale	Visita medico-sportiva <b>Tab. B5</b> Visita neurologica	MS00013 NR00001
<input type="checkbox"/> Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	Visita medico-sportiva <b>Tab. B6</b> Visita otorinolaringoiatrica	MS00014 OT00001

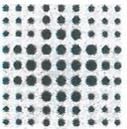
**POLISPORTIVA G. PICO**  
Via D. Pietri, 13/15 - Tel./Fax 0535.24057  
41037 MIRANDOLA (MO)  
Cod. Fisc.: 8 2 0 0 4 5 9 0 3 6 8  
Partita IVA Società Sportiva | firma e 

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART. 13**

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.  
Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Modena.



## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni, gli atleti di età inferiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in 2 modi:

- per telefono, ai numeri 848 800 640 (chiamata da telefono fisso) o 059 2025050 (chiamata da cellulare) del call center Tel&prenota
- di persona, agli sportelli CUP dell'Azienda USL e nelle farmacie di Modena e provincia.

Gli atleti di età superiore ai 40 anni possono prenotare in 3 modi:

- per telefono, al numero 059 2134280
- per fax, al numero 059 3963748
- per posta elettronica all'indirizzo [visitasportiva@ausl.mo.it](mailto:visitasportiva@ausl.mo.it)

### 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

- alle casse automatiche (riscuotitrici), in contanti, con bancomat e in alcune anche con carta di credito: è necessario usare il modulo di prenotazione
- nelle filiali del Banco Popolare Società Coop. (ex Banco Popolare di Verona - S. Geminiano e S. Prospero) o dell'Unicredit Banca di Modena e Provincia, senza commissione bancaria: è necessario presentare il modulo di prenotazione
- online all'indirizzo [www.pagonlinesanita.it](http://www.pagonlinesanita.it)



## 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)

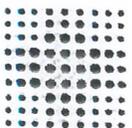
### ALLEGRO

- 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)



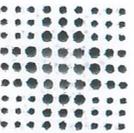
**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Mod\_DSP17/v1\_05-2016

**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)

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



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Sanità Pubblica

U.O.C. - Turella della salute nelle attività sportive

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

**ESAME URINE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

**POLISPORTIVA G. PICCO**  
Via D. Pleiri, 13/15 - Tel./Fax 0535.24057  
Società Sportiva (timbro) \_\_\_\_\_  
471037 MIRANDOLA(MO)

Cod. Fisc.: 82004590368

Partita IVA 02948790368

Consegnare il presente modulo e la provetta con le urine (almeno 4 giorni lavorativi prima della data della visita medico sportiva) presso uno dei seguenti Centri Praelievo, nei giorni e negli orari indicati.

SEDE	GIORNI	ORARIO
Centro Praelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00 7.45
Centro Praelievi di Campogalliano	martedì - giovedì - sabato	7.30 8.15
Centro Praelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	8.30 9.00
Centro Praelievi di Castelnuovo	lunedì - giovedì	7.00 8.00
Centro Praelievi di Castelfranco - c/o Ospedale	dal lunedì al sabato	7.15 8.15
Centro Praelievi di Castelvetro	martedì - venerdì	7.00 8.00
Centro Praelievi di Cavezzo	lunedì - mercoledì	7.00 8.20
Centro Praelievi di Concordia	martedì - giovedì - venerdì	7.00 8.30
Centro Praelievi di Fanano	lunedì - mercoledì - giovedì	7.30 8.30
Centro Praelievi di Finale Emilia	dal lunedì al sabato	7.00 8.30
Centro Praelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00 8.15
Centro Praelievi di Guiglia	mercoledì	7.00 8.00
Centro Praelievi di Mirandola	dal lunedì al sabato	7.30 10.00
Centro Praelievi di Modena - La Rotonda	dal lunedì al sabato	6.45 8.30
Centro Praelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00 9.00
Centro Praelievi di Modena - c/o Ospedale Estense	dal lunedì al venerdì	7.00 8.45
Centro Praelievi di Montese	martedì - venerdì	7.00 8.00
Centro Praelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	7.00 7.45
Centro Praelievi di Novi	dal lunedì al venerdì	7.15 7.45
Centro Praelievi di Pavullo	dal lunedì al sabato	7.00 9.00
Centro Praelievi di Pievpelago	martedì, mercoledì e venerdì	7.30 8.30
Centro Praelievi di Rovereto	lunedì, martedì e giovedì	7.15 8.00
Centro Praelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	7.00 8.30
Centro Praelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	7.00 8.45
Centro Praelievi di Serramazzoni	lunedì, giovedì e venerdì	7.30 8.30
Centro Praelievi di Soliera	dal lunedì al sabato	7.30 8.15
Centro Praelievi di Spilamberto	martedì - venerdì	7.00 8.00
Centro Praelievi di Vignola	dal lunedì al venerdì	7.30 9.00
Centro Praelievi di Zocca	lunedì - giovedì	7.00 8.00

**I referti relativi ai campioni consegnati potranno essere consultati e stampati tramite sito web e "one time password" (codice referto), secondo le istruzioni che saranno rilasciate all'utente all'atto della consegna dei campioni.**

U.O.C. - Turella della salute  
nelle attività sportive  
Viale dello Sport, 29 - 41122 Modena  
T. +39.059.2134280 - F. +39.059.2134291  
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41100 Modena  
T. +39.059.435111 - F. +39.059.435604 - www.ausl.mo.it  
Partita IVA 02241850367



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Dipartimento Sanità Pubblica  
U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive

## Esame chimico-fisico delle urine

### Istruzioni

**N.B. : PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO - PROVETTA URINE TIPO I BIANCA CONICA.**

**Il campione deve essere raccolto dopo il riposo notturno, escludendo attività fisica intensa e rapporti sessuali nella precedente giornata. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.**

#### Modalità di raccolta

**Dopo aver lavato accuratamente le mani e i genitali esterni, scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo (mito intermedio) direttamente nella provetta da urina.**

**Scrivere sulla provetta il proprio nome e cognome e data di nascita.**

**Consegnare al centro prelievi il campione di urina almeno quattro giorni lavorativi prima della visita.**

**Nulla è dovuto a pagamento dell'esame urine se l'interessato è minorenni o disabile : se maggiorenne, il pagamento di tale esame è compreso nell'importo dovuto per la visita.**

#### Per informazioni e/o chiarimenti rivolgersi a :

**segreteria U.O. Tutela della salute nelle attività sportive, tel. 059/21.34.280, nelle giornate di lunedì, mercoledì e giovedì, dalle ore 10.00 alle ore 12.00.**

U.O.C. Tutela della salute  
nelle attività sportive  
Viale dello Sport, 29 - 41122 Modena  
T +39.059.2134280 - F. +39.059.2134291  
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41100 Modena  
T. +39.059.435111 - F. +39.059.435604 - www.ausl.mo.it  
Partita IVA 02241850367



**ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT**

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e Nome

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA**

Indicare nella casella i casi familiari (genitori – nonni – fratelli e sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Iperensione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Diabete	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	TBC	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Tumori	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Paralisi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Obesità	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Sifilide	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Asma e malattie allergiche				Morti improvvise	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Epatte virale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Palpazioni	<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	Malattie intestino	<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	Eczema (malattie pelle)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Pertosse (tosse canina)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Polmonite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Allergia	<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	Svenimento - Vertigini	<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	Epilessia	<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	Diabete	<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	Enuresi (pipi a letto)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Piede piatto	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Malattie di 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 di reni	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
TBC	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

**RICOVERI PER INTERVENTO DI:**

Tonsille	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Adenoidi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ernia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Appendicite	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Altro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Anni	_____	Anni	_____	Anni	_____	Anni	_____	Anni	_____

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate: \_\_\_\_\_

E' guarito completamente ?  si  no disturbi rimasti: \_\_\_\_\_

Sta facendo cure ?  si  no quali o per quale motivo: \_\_\_\_\_

Usa occhiali o lenti corneali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Per miopia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ipermetropia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
E' stato in cura con busti correttivi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Astigmatismo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Strabismo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Ginnastica correttiva	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Rialzo piede	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Fuma	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti di tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della Legge sulla privacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

\_\_\_\_\_  
 Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore