



MEDICAL CENTER BRESSO

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

VICOLO VILLA, 19 BRESSO

TEL. 02.6143113 - 02.66500870 - FAX. 02.66507819

www.medicalcenterbresso.it - info@medicalcenterbresso.it

SIG _____

APPUNTAMENTO PER LA VISITA IL ____/____/____ ALLE ORE _____

PER POTER EFFETTUARE LA VISITA AGONISTICA, L'ATLETA DOVRA'
TASSATIVAMENTE PRESENTARSI CON LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

1. Richiesta della Società Sportiva integralmente e correttamente compilata in ogni sua parte, con timbro e firma in Originale del presidente, l'anno d'iscrizione della Società alla federazione o Ente Sportivo di appartenenza ed il N° di codice SENZA APPORRE LA DATA. Deve sempre essere indicato se si tratta di prima affiliazione o rinnovo e in caso di correzioni queste devono essere sempre siglate in originale dal presidente.
2. Documento d'Identità, Tessera Sanitaria e Codice Fiscale dell'atleta
3. Il precedente certificato d'idoneità (Foglio giallo - Copia per l'atleta)
4. In caso di smarrimento del suddetto certificato presentarsi col FOGLIO GIALLO (Copia per la Società Sportiva) autenticato dalla struttura medica dove è stata rilasciata l'idoneità con il timbro di "Copia Conforme", il timbro del Centro medico, la data e la firma della segreteria. In caso di smarrimento di entrambi i certificati portare denuncia fatta alle Autorità competenti dal presidente della Società Sportiva
5. Lenti correttive o occhiali a chi ne fa uso
6. Eventuali accertamenti specialistici eseguiti precedentemente.

Ad ogni paziente sarà consegnato un contenitore per l'esame delle urine.

GLI ATLETI MINORENNI DOVRANNO ESSERE TASSATIVAMENTE ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE O FAMILIARE MAGGIORENNE, OPPURE, DOVRANNO ESSERE ACCOMPAGNATI DA UN MAGGIORENNE CON DELEGA E ANAMNESI (Scaricabili dal nostro sito web) COMPILATE IN OGNI LORO PARTE E FIRMATE DAL GENITORE.

IL FAMILIARE O MAGGIORENNE ACCOMPAGNATORE DOVRA' PRESENTARSI CON LA PROPRIA CARTA D'IDENTITA' E IL PROPRIO CODICE FISCALE OLTRE ALLA FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' DEL DELEGANTE.

LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA E' TASSATIVA PER POTER EFFETTUARE LA VISITA E SI RICORDA CHE IL CERTIFICATO D'IDONEITA' RILASCIATO, **ESSENDO DOCUMENTO LEGALE**, VA SEMPRE ALLEGATO ALLA RICHIESTA DELLA SOCIETA' SPORTIVA ANCHE SE L'ATLETA HA SOSPESO LA PRATICA SPORTIVA NEI PRECEDENTI CINQUE ANNI DALL'ULTIMA VISITA AGONISTICA.

IN CASO D'IMPOSSIBILITA' AD EFFETTUARE LA VISITA NEL GIORNO E NELL'ORA PRENOTATI SI RACCOMANDA DI AVVISARE TEMPESTIVAMENTE SIA LA SOCIETA' SPORTIVA CHE IL CENTRO MEDICO.



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità

U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. 18/02/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA _____

Sede in _____ Città _____

TEL _____ FAX _____ E-MAIL _____

Affiliata alla federazione sportiva nazionale _____

e/o all'ente di promozione sportiva riconosciuto _____

dal ____ / ____ / ____ con codice numero _____

Data Completa

Chiede per il proprio Atleta _____

Nato a _____ il _____

Abitante a _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ N. _____

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA DELLO SPORT:

Prima affiliazione

Rinnovo

(Allegare ultimo certificato agonistico in originale dell'atleta)

TESSERA SANITARIA N. _____ (CODICE ASSISTITO)

CODICE FISCALE N. _____

Firma del presidente e timbro della Società in originale

N.B.: La mancata o l'errata compilazione di uno dei dati richiesti e/o la mancata presentazione dell'ultimo certificato rende **NULLA** la richiesta.

Per prima affiliazione si intende la prima visita in assoluto dell'atleta richiesta per qualsiasi sport, tutte le successive anche per sport diversi, sono da considerarsi rinnovi.

La richiesta deve essere compilata a macchina o con carattere stampatello, timbrata e firmata in **ORIGINALE**.

La richiesta non può essere presentata prima di 30 gg. dalla scadenza del certificato precedente.

Il presidente della società **non può compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi**.

