



MOSS

RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA:
(DM 18/02/1982 e DGR Emilia Romagna 775/2004 e s.m.i.)
da compilare a cura della Società Sportiva

La Società Sportiva **A.S.D. PALLACANESTRO e PALLAVOLO REGGIOLO**
Cod Fiscale **01218400354** Con sede sociale in via **4 NOVEMBRE** n° **9**
Città **REGGIOLO** Prov. **RE** Telefono **0522 210015 - 392 0609019**
Fax **0522 210015** email **pallacanestro.reggiolo@gmail.com** Affiliato alla Federazione
CONI/Ente Promozionale (specificare cosa e numero) **F.I.P. codice 000412 - C.S.I. codice 04 20 0439**
Nella persona del Presidente / legale rappresentate pro-tempore **MELONI MARIO**
Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere e/o di falsità negli atti (DPR 445/2000 e s.m.i.):

CHIEDE la Visita Medico Sportiva per idoneità alla pratica AGONISTICA

per l'atleta (cognome) **[redacted]** (nome) **[redacted]**
nato il **[redacted]** a **[redacted]** Prov. **[redacted]**
Residente a **[redacted]** Prov. **[redacted]** CAP **[redacted]**

SPECIFICARE LO SPORT AGONISTICO PER CUI SI RICHIEDE LA VISITA:

PALLACANESTRO

età MINIMA prevista dalle norme Federali, anni **[redacted]** anagrafica solare

(Circ Min Salute prot. 6750-P15/11/2012 e Cons. Sup. Sanità sessione XLVIII del 25/09/2012 e s.m.i.)
ed il conseguente rilascio/aggiornamento del "libretto Sanitario dello Sportivo" (DGR 775/2004 e s.m.i.).

PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO

Il Presidente dichiara di aver consegnato copia del modulo di "Consenso Informato – Autodichiarazione" ed il kit per l'esecuzione dell'esame urine all'atleta maggiorenne o al genitore o esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta minore per la presa visione e compilazione prima della visita.

PER LA VISITA SI RICORDA: tuta da ginnastica, top per le ragazze anche se piccole, scarpe da ginnastica, ecc.

**IL PRESENTE MODULO, CORRETTAMENTE COMPILATO, FIRMATO E TIMBRATO È
INDISPENSABILE PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE.**

data, **[redacted]**

La Società Sportiva di appartenenza

(timbro e firma del Presidente)

**A.S.D. PALLACANESTRO
E PALLAVOLO REGGIOLO**

Via IV Novembre, 9

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation). Per maggiori informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

01218400354 - Codice FIP 000412



INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni possono prenotare in 2 modi:

- tramite i servizi web dal Fascicolo Sanitario Elettronico
- di persona agli sportelli CUP dell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'Arcispedale S. Maria-Nuova

Gli atleti maggiorenni e gli atleti con disabilità possono prenotare in 5 modi:

- per telefono, al numero 0522-296227 atleti maggiorenni
- per telefono, al numero 0522-335796 solo per atleti disabili, il giovedì dalle ore 08.30 alle 12.00
- per la sede di Castelnovo né Monti al numero 0522-617119, il sabato dalle ore 09.00 alle 13.00
- per le sedi di Guastalla e Correggio al numero 0522-335734, martedì e giovedì dalle ore 14.00 alle 17.00
- per posta elettronica, all'indirizzo info.medicinasport@ausl.re.it

Atleti minorenni

Il minore deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva dal genitore o dall'esercente la responsabilità genitoriale.

Abbigliamento/ Alimentazione

È necessario un abbigliamento adeguato: tuta da ginnastica, top per le ragazze (anche se molto piccole), pantaloncini, scarpe da ginnastica. Prima della visita si consiglia: un pasto leggero, non presentarsi a digiuno, evitare le bevande alcoliche, tè, caffè, cola, ecc.

Per l'esecuzione della visita è necessario essere in buona salute; la prova da sforzo non potrà essere eseguita nel caso in cui l'atleta presenti febbre, esiti di infortuni recenti ecc.

Cosa portare al momento della visita

- tessera sanitaria (TS con codice fiscale di plastica, colore blu);
- libretto sanitario dello sportivo
- documento d'identità valido (Carta d'Identità);
- questionario e consensi informati compilati e sottoscritti dal genitore, ricevuti dalla Società Sportiva
- referti delle visite e degli esami richiesti;
- l'esame urine deve essere effettuato prima della visita d'idoneità sportiva agonistica (dal giorno prima a non più di 60 giorni prima) seguendo le indicazioni riportate sul foglio che ha ricevuto con la provetta dalla Società Sportiva.

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 €, per gli atleti sino ai 40 anni;
- 60 €, per gli atleti con più di 40 anni

La Regione Emilia-Romagna riconosce la gratuità della visita per idoneità sportiva agonistica agli atleti minorenni o con disabilità

Dove e come pagare

Si ricorda che prima di accedere a una qualsiasi prestazione sanitaria fornita dall'Azienda US/ASMN è obbligatorio avere pagato il ticket corrispondente.

In ogni caso, la ricevuta cartacea o fattura di pagamento va presentata al servizio erogatore al momento della prestazione.

- alle riscuotitrici automatiche nelle diverse sedi di Distretto, per contanti, bancomat o carta di credito.
- In sede U.O. Medicina dello Sport solo con carta di credito o bancomat
- con carta di credito, utilizzando il sistema informatico Pagonline: www.pagonlinesanita.it
- in contanti o con bancomat e carta di credito presso le tabaccherie abilitate (elenco sul sito <https://www.bancaitb.it/>) - commissione pagamento 2€
- online con internet banking tramite il circuito C-BILL (vedi indicazioni <http://www.cbill.it/>)
- dagli sportelli bancomat ATM aderenti al circuito C-BILL



U.O. Medicina dello Sport AUSL Reggio Emilia

MO07 Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica (cod.esenzione I01)

PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE:
(Compilare in STAMPATELLO il presente modulo da parte dell'atleta)

Cognome Nome

C. F.

Data di nascita (g/m/a.) sesso M F

IMPORTANTE

PRESENTARE SEMPRE LA TESSERA SANITARIA

Consegnare le urine almeno una settimana prima della visita medica.

Per l'esatta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino, immediatamente dopo il risveglio a distanza di almeno 24 ore da uno sforzo (allenamento, gara), poiché qualunque attività fisica può alterare i dati.

Per le atlete è importante fare l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7 - 10 giorni dal termine).

PER ORARI E MODALITÀ DI ACCESSO AI CENTRI PRELIEVI CONTATTARE:

- URP Reggio Emilia 0522 335168
- URP Guastalla 0522 837344
- URP Scandiano 0522 850400
- URP Castelnovo ne' Monti 0522 617328
- URP Correggio 0522 630111
- URP Montecchio Emilia 0522 860205

La provetta di urine e la presente richiesta, seguendo le modalità proprie di ogni Punto Prelievi, possono essere consegnate presso:

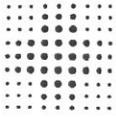
REGGIO EMILIA	Centro Prelievi c/o Casa Salute via Brigata Reggio 22	LUZZARA *	via Filippini, 65
PUIANELLO	Centro Prelievi c/o Casa Salute Via Amendola 1	CORREGGIO *	Centro Prelievi via Carletti, 2
SCANDIANO * OSP. MAGATI	Centro Prelievi via Martiri della Libertà, 6	FABBRICO *	Centro Prelievi via XXV Aprile, 34/A
MONTECCHIO OSP. FRANCHINI	Centro Prelievi via Barilla 16	CASTELNOVO * SOTTO	Via Conciliazione, 16 URP 0522339711
GUASTALLA * OSP. CIVILE	Centro Prelievi via Donatori di Sangue	BORETTO *	c/o Casa Protetta, via Giovanni XXIII 62
BRESCELLO *	c/o Poliamb. di Brescello, via Cisa Ligure (ex Ospedale)	POVIGLIO *	c/o Poliambulatori Medici di Base via Roma 22
NOVELLARA *	c/o Poliamb. di Novellara, via della Costituzione 12	REGGIOLO *	Centro Prelievi C/o polo sanitario v. Marconi 1
REGGIOLO *	CUP C/o studi medici via Marconi,32	CASTELNOVO NE' MONTI	Osp. S. Anna Accettazione Laboratorio via Roma, 2
S.VITTORIA *	c/o AVIS Palazzo Greppi (1° piano)		

* IMPORTANTE: IN QUESTI CENTRI È INDISPENSABILE FARE L'ACCETTAZIONE PRIMA DELLA CONSEGNA DEL CAMPIONE

Il responsabile Unità Operativa di Medicina dello Sport
Dott. Gianni Zobbi

NOTE PER L'UFFICIO ACCETTAZIONE del Centro Prelievi:

- Inserire il codice esame (ECU) e il codice richiedente 6650.
- Apporre il timbro del C. Prelievi presso cui è stato accettato il campione.
- Applicare a lato un'etichetta con il codice a barre.



VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ AGONISTICA SPORTIVA PER MINORENNE: AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI, CONSENSO INFORMATO

Si raccomanda la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta (totale fogli 4)

Il modulo deve essere consegnato compilato (*barrare con una X il NO o il SI in tutte le domande*) e firmato dal **genitore** o dall'esercente la responsabilità genitoriale (**tutore legale**).

In caso di dubbi nelle risposte saranno forniti chiarimenti da parte del medico al momento della visita.

I minori vengono visitati esclusivamente in presenza del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale (tutore legale).

In assenza del genitore o del tutore legale non sarà effettuata la visita.

Io sottoscritto/a	<input type="text"/>	Codice Fiscale	<input type="text"/>
GENITORE o Esercente la responsabilità genitoriale dell'ATLETA	<input type="text"/>		
nato a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/> il <input type="text"/>
telefono/cell. (del genitore o esercente la responsabilità)	<input type="text"/>		
L'atleta è stato adottato/in affido?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Se SI, a che età?	<input type="text"/>

È questa la prima visita di idoneità agonistica? NO SI

Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso centri privati? NO SI

È mai risultato NON idoneo? NO SI Se SI, perchè?

Nato da parto? Naturale NO SI Cesareo NO SI Gemellare NO SI

Prematuro NO SI Complicato NO SI

Età del primo ciclo mestruale se femmina

Esegue annualmente bilancio della salute da medico curante/pediatra? NO SI

1. INFORMAZIONI SANITARIE SULLA FAMIGLIA DELL'ATLETA – Genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta hanno o hanno avuto in passato:

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Malattie cuore	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Pressione alta	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Ictus	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Aritmie	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Infarto	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Problemi renali	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Colesterolo alto	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Diabete	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Problemi tiroide	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Chi?	<input type="text"/>
Morti improvvise?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Se SI, chi e a che età?	<input type="text"/>
Altro	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		<input type="text"/>

2. INFORMAZIONI SULLE ABITUDINI DELL'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Fa colazione NO SI Bevande (anche yogurt) Bevanda+prod. forno/cereali
 Bevanda+prod. forno+frutto Altro

Mangia frutta e verdura NO SI Nr. porzioni al giorno: 0-1 1-2 2-3
 3-4 4-5 Altro

Fumo NO SI Nr. Sigarette al giorno

Alcool NO SI Occasionale Moderato Frequente

Usa integratori NO SI Vitaminici Proteici Salinici *Altro*

Bevanda/e principale della giornata Acqua Bevande gassate Energy drink
Altro

Ore attività sportiva organizzata a settimana 0-4 4-8 8-12 Più di 12

Ore di attività fisica libera a settimana 0-3 3-6 Più di 6

3. RACCOLTA DATI PATOLOGICI RIGUARDANTI L'ATLETA

I DATI SONO VARIATI RISPETTO LA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie NO SI

Ha avuto la mononucleosi NO SI Se SI, a che età?

Anemia NO SI Diabete NO SI

Febbre reumatica NO SI Artrite reumatoide NO SI

Malattie tiroide NO SI

Manifestazioni anomale durante lo sport NO SI Mancanza di respiro NO SI
Dolore al petto NO SI Palpitazioni NO SI
Vertigini NO SI *Altro*

Malattie del cuore NO SI Soffio NO SI Valvole NO SI Aritmie NO SI
Miocardite NO SI *Altro*

Hai mai fatto ecografia cardiaca? NO SI Se SI, per quale motivo?

Hai mai fatto holter cardiaco 24 ore? NO SI Se SI, per quale motivo?

Prende farmaci? NO SI Quali e per quale motivo?

Allergie NO SI

Allergia cutanea NO SI Allergia respiratoria NO SI Shock allergico NO SI

Malattie apparato respiratorio NO SI

Tonsilli NO SI Sinusiti NO SI
Bronchiti NO SI Polmoniti NO SI
Asma da sforzo NO SI Asma allergico NO SI
Altro

Malattie intestino NO SI

Fegato NO SI Epatite A NO SI
Epatite B NO SI Epatite C NO SI
Salmonellosi NO SI Celiachia NO SI
Gastrite NO SI *Altro*

Malattie del rene NOOSI <input type="checkbox"/>	Proteine nelle urine NOOSI <input type="checkbox"/>	Sangue nelle urine NOOSI <input type="checkbox"/>
	Altro <input type="text"/>	
Apparato locomotore	Scoliosi NOOSI <input type="checkbox"/>	Dorso curvo NOOSI <input type="checkbox"/>
	Piede piatto NOOSI <input type="checkbox"/>	Piede cavo NOOSI <input type="checkbox"/>
	Altro <input type="text"/>	
Apparato neurologico	Mal di testa NOOSI <input type="checkbox"/>	Convulsioni NOOSI <input type="checkbox"/>
	Epilessia NOOSI <input type="checkbox"/>	Trauma cranico NOOSI <input type="checkbox"/>
	Altro <input type="text"/>	
Ha fatto visita oculistica recente NOOSI <input type="checkbox"/>	Problemi agli occhi NOOSI <input type="checkbox"/>	Strabismo NOOSI <input type="checkbox"/>
	Astigmatismo NOOSI <input type="checkbox"/>	Miopia NOOSI <input type="checkbox"/>
	Ipermetropia NOOSI <input type="checkbox"/>	
	Difficoltà nella visione dei colori NOOSI <input type="checkbox"/>	
Problemi orecchio NOOSI <input type="checkbox"/>	Otiti NOOSI <input type="checkbox"/>	Sordità NOOSI <input type="checkbox"/>
	Riduzione udito NOOSI <input type="checkbox"/>	
Ricoveri per interventi NOOSI <input type="checkbox"/>	Adenoidi NOOSI <input type="checkbox"/>	Emia inguinale NOOSI <input type="checkbox"/>
	Tonsille NOOSI <input type="checkbox"/>	Appendicite NOOSI <input type="checkbox"/>
	Altri interventi NOOSI <input type="checkbox"/>	
Ha avuto traumi NOOSI <input type="checkbox"/>	Distorsioni NOOSI <input type="checkbox"/>	Cosa? <input type="text"/>
	Menischi/legamenti NOOSI <input type="checkbox"/>	Cosa? <input type="text"/>
	Fratture NOOSI <input type="checkbox"/>	Cosa? <input type="text"/>
	Lesioni muscolari NOOSI <input type="checkbox"/>	Cosa? <input type="text"/>

Altre comunicazioni

HO COMPILATO QUANTO SOPRA E DICHIARO:

di AVER INFORMATO correttamente il medico delle condizioni psico-fisiche attuali e delle malattie precedenti del minore e che lo stesso **non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico sportive di legge.** Inoltre mi impegno, come esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, a non fargli/le fare uso di droghe riconosciute illegali e prendo atto dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITÀ DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER IDONEITÀ ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA:

Durante la visita, oltre al raccordo anamnestico, saranno effettuate: la visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza, ...), controllo esame urine per presa visione, un ECG a riposo ed eventualmente un test spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche previste nella Tab. B, la normativa prevede il test da sforzo che valuta l'apparato cardiovascolare, **per la riduzione del rischio di morte improvvisa**. Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito tramite monitoraggio continuo del cuore (telemetria) utilizzando lo step test o il tapis roulant o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione nella fase di recupero dopo lo sforzo.

Il test da sforzo è nella grandissima maggioranza dei casi un test sicuro. Può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Dagli studi scientifici eseguiti risulta l'eventualità assolutamente eccezionale di morte improvvisa. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). Rispetto a questo dato, la sicurezza dell'attività svolta nei nostri centri è ancora maggiore, perché il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l' ECG a riposo. Inoltre, Il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

DICHIARO:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro ed a me comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI CHE HO BEN COMPRESO ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

alla visita ed ai relativi accertamenti.

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

Firma e timbro del MEDICO
CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Per le finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, informato e secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia, secondo il GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), autorizzo i Sanitari dell'Unità Operativa Medicina dello Sport dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia a trattare ed archiviare i dati personali, compresi quelli relativi alla mia visita di idoneità, ad utilizzare lo strumento Data Warehouse Clinico dal quale risalire alla banca dati sanitaria della Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, utili alla valutazione di idoneità sportiva agonistica, da me richiesta.

Il titolare del trattamento è il Responsabile di Unità Operativa Dott. Gianni Zobbi. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia è disponibile sulla pagina internet all'indirizzo <http://www.ausl.re.it/privacy>

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale

I dati personali e sanitari raccolti in occasione della visita di medicina dello sport, potranno essere utilizzati, rigorosamente in forma anonima, a fini statistici, scientifici e di ricerca.
Pertanto, in accordo con l'altro genitore da me consultato, consapevolmente

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

(barrare con una x la voce che interessa)

Data

Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale