

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	Data 05-08-2026 MR PD 36_01
SSD Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Fisica		Rev. n. 02.2

La Società Sportiva CASTELLARANO BASKETBALL ASD

nella persona del **Presidente / Responsabile** CASINI MATTEO

con sede sociale in via RADICI NORD n.53/C Città CASTELLARANO (RE)

Telefono 347 0505915 Fax _____ e-mail castellaranobasketball@gmail.com

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale F.I.P. cod. 055376

Richiede per l'Atleta _____ **Data di nascita** _____

Luogo di nascita _____ **C.F.** _____

☐ **Prima visita** prenotabile a decorrere dal _____
la data deve fare riferimento alle indicazioni Ministeriali sulle età minime del 31/07/26

☐ **Rinnovo del certificato (Scadenza il _____)**

per lo sport/disciplina PALLACANESTRO

dichiara sotto la propria responsabilità, la veridicità dei dati sopra riportati

Data, _____

Timbro della Società
(firma in originale)

Il Presidente

ALL'ATTO DELLA VISITA L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI CON:

1. **Il presente modulo** compilato in ogni sua parte e firmato IN ORIGINALE, il tutto a cura del Presidente o delegato della Società Sportiva di appartenenza (non si accettano fotocopie e compilazioni in sede da parte degli accompagnatori)
2. **Documento di identità dell'atleta** in corso di validità qualunque sia l'età
3. **Referto dell'esame delle urine completo dei dati anagrafici dell'atleta**, eseguito al massimo, entro 30 giorni prima della data di effettuazione della visita
4. **Libretto verde dello sportivo**, qualora lo si possieda già.
5. Qualsiasi altra documentazione clinico-diagnostica ritenuta utile
6. Per gli atleti diversamente abili la certificazione di disabilità completa della diagnosi e quindi priva di omissis

Gli atleti minorenni devono essere obbligatoriamente accompagnati da un genitore o altro con responsabilità genitoriale. In alternativa qualsiasi altro accompagnatore deve essere munito di delega unitamente a documento di delegate e delegato.

Il mancato rispetto di queste indicazioni e dell'orario previsto non assicura l'esecuzione della prestazione e la conseguente riprogrammazione attraverso i canali CUP aziendali

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	Data 05-08-2026 MR PD 36_01
SSD Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Fisica		Rev. n. 02.2

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

Il sottoscritto _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

residente nel Comune di _____

in qualità di:

- ☐ partecipante
- ☐ genitore del minore: _____
- ☐ tutore/amministratore di sostegno di _____

Chiede

- ☐ **Prima visita** prenotabile a decorrere dal _____
la data deve fare riferimento alle indicazioni Ministeriali sulle età minime del 31/07/26

- ☐ **Rinnovo del certificato (Scadenza il _____)**

per lo sport

- ☐ Per partecipare a TITOLO INDIVIDUALE a COMPETIZIONE SPORTIVA AGONISTICA
- ☐ 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 con copia del documento ministeriale

Data, _____ Firma _____

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione di sanzioni penali ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n.445/2000.

ALL'ATTO DELLA VISITA L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI CON:

- Il presente modulo** compilato in ogni sua parte e firmato IN ORIGINALE, il tutto a cura del Presidente o delegato della Società Sportiva di appartenenza (non si accettano fotocopie e compilazioni in sede da parte degli accompagnatori)
- Documento di identità dell'atleta** in corso di validità qualunque sia l'età
- Referto dell'esame delle urine completo dei dati anagrafici dell'atleta**, eseguito al massimo, entro 30 giorni prima della data di effettuazione della visita
- Libretto verde dello sportivo**, qualora lo si possieda già.
- Qualsiasi altra documentazione clinico-diagnostica ritenuta utile
- Per gli atleti diversamente abili la certificazione di disabilità completa della diagnosi e quindi priva di omissis

Gli atleti minorenni devono essere obbligatoriamente accompagnati da un genitore o altro con responsabilità genitoriale. In alternativa qualsiasi altro accompagnatore deve essere munito di delega unitamente a documento di delegate e delegato.

Il mancato rispetto di queste indicazioni e dell'orario previsto non assicura l'esecuzione della prestazione e la conseguente riprogrammazione attraverso i canali CUP aziendali