



## Certificato di idoneità per attività sportive agonistiche a elevato impegno cardio-vascolare: richiesta di visita medico-sportiva

La società sportiva CIRCOLO ARCI POL. SPILAMBERTESE A.S.D. E A.P.S

Via GAETANO DONIZETTI n. 1, 41057 SPILAMBERTO (MO)

e-mail arcispilamberto@libero.it

### CHIEDE

► la visita medico-sportiva per l'atleta

(nome)

| (cognome)

nato/a il

| a

| Prov.

Stato di nascita

| codice fiscale

residente a

| Prov.

| CAP

Via

| n.

telefono (fisso o cellulare)

e-mail (facoltativo)

► per l'attività sportiva indicata

barrare UNA casella

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Atletica leggera, Calcio, Ciclismo, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Tennis. <b>Altri sport di squadra:</b> Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela, <b>Altri sport individuali:</b> Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta grecoromana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroll, Sollevamento pesi, Sport Equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	Visita medico-sportiva <b>Tab. B1</b>	MS00009
<input type="checkbox"/>	Biathlon, Pentathlon moderno.	Visita medico-sportiva <b>Tab. B2</b> Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica	MS00010 OT00006 OT00001



	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) Visita neurologica Esame audiometrico tonale Visita otorinolaringoiatrica Visita oculistica	MS00011 NR00011 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

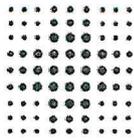
data \_\_\_\_\_

| firma e timbro della società sportiva

**CIRCOLO ARCI - POLISPORTIVA SPILAMBERTESE**  
A.s.d. e A.p.s.  
Via G. Donizetti, 1  
41057 SPILAMBERTO (MO)  
Codice Fiscale - 94019210361  
Partita IVA - 01999000365

**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)



## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

I genitori degli atleti minorenni e gli atleti di età inferiore ai 40 anni possono prenotare in diversi modi:

- on line, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico
- per telefono, al numero 800 239123
- di persona, nelle farmacie di Modena e provincia e nei corner salute di diversi ipermercati e supermercati Coop Alleanza 3.0 di Modena e provincia

Gli atleti di età superiore ai 40 anni e gli atleti con disabilità possono prenotare in diversi modi:

- per telefono, ai numeri 059 2134280 (atleti di età superiore ai 40 anni) o 059 2134288 (atleti con disabilità)
- per posta elettronica, agli indirizzi [visitasportiva@ausl.mo.it](mailto:visitasportiva@ausl.mo.it) (atleti di età superiore ai 40 anni) o [disabilimSPORT@ausl.mo.it](mailto:disabilimSPORT@ausl.mo.it) (atleti con disabilità).

### 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

Le informazioni sulle modalità di pagamento sono indicate in allegato alla prenotazione della visita.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Sanità Pubblica  
U.O.C. Tutela della salute nelle attività sportive

ESAME URINE

COMPILARE IN STAMPATELLO

Revisione del 20/01/2021

CIRCOLO ARCI - POLISPORTIVA SPILAMBERTESE  
A.s.d. e A.p.s.  
Via G. Donizetti, 1  
data di nascita \_\_\_\_\_  
41057 SPILAMBERTO (MO)  
Società Sportiva (tombro) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale - 94019210361  
Partita IVA - 01999000365

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 Prelievi, nei giorni e negli orari indicati.

**NOTA BENE:** Come da disposizioni relative al protocollo COVID, la consegna della provetta va prenotata in farmacia.

SEDE	GIORNI	ORARIO	
Centro Prelievi di Bomporto	martedì - giovedì - sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Campogalliano	martedì - mercoledì - giovedì - sabato	7.30	9.00
Centro Prelievi di Carpi	dal lunedì al sabato	8.30	9.30
Centro Prelievi di Castelnuovo	lunedì - mercoledì - giovedì	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelfranco	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Castelvetro	martedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Cavezzo	lunedì - mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Concordia	martedì - giovedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Fanano	lunedì - mercoledì - giovedì	7.30	9.30
Centro Prelievi di Finale Emilia	dal lunedì al sabato	7.00	9.00
Centro Prelievi di Formigine	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Guiglia	mercoledì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Mirandola	dal lunedì al sabato	7.15	9.00
Centro Prelievi di Modena - La Rotonda	dal lunedì al venerdì sabato	6.30 7.00	10.00 10.00
Centro Prelievi di Modena - Via Newton, 150	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Montese	martedì - venerdì	7.00	8.30
Centro Prelievi di Nonantola	lunedì - mercoledì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Novi	dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Pavullo	dal lunedì al venerdì sabato	7.00 7.00	10.00 8.30
Centro Prelievi di Pievepelago	lunedì, martedì, mercoledì e venerdì	7.30	9.00
Centro Prelievi di Rovereto	lunedì, martedì e giovedì	7.00	8.30
Centro Prelievi di San Felice	dal lunedì al venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Sassuolo	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Serramazzoni	martedì, mercoledì, giovedì e venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Soliera	dal lunedì al sabato	7.00	8.30
Centro Prelievi di Spilamberto	martedì - giovedì - venerdì	7.00	9.00
Centro Prelievi di Vignola	dal lunedì al sabato	7.00	10.00
Centro Prelievi di Zocca	lunedì - giovedì	7.00	8.30

Si prega di verificare comunque giorni ed orari di ricevimento dei Centri Prelievi al seguente link

<http://www.ausl.mo.it/punti-prelievi>

U.O.C. Tutela della salute  
nelle attività sportive  
Viale dello Sport, 29 - 41122 Modena  
T. +39.059.2134280 - F. +39.059.3963748  
visitasportiva@ausl.mo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Sede legale: Via S. Giovanni del Cantone, 23 - 41121 Modena  
T. +39.059.435111 - F. +39.059.3963774 - www.ausl.mo.it  
Partita IVA 02241850367

## ESAME CHIMICO FISICO DELLE URINE

N.B.: PROCURARSI IL CONTENITORE IDONEO PER LA RACCOLTA DEL MATERIALE BIOLOGICO: BARATTOLO STERILE TAPPO GIALLO CON ESTRATTORE E PROVETTA TAPPO BIANCO FONDO TONDO



Barattolo sterile tappo giallo



Provetta tappo bianco

Preparazione: raccogliere il campione dopo il riposo notturno evitando attività fisica intensa e rapporti sessuali nella giornata precedente. Non raccogliere le urine durante il ciclo mestruale.

Raccolta: dopo avere lavato accuratamente le mani e i genitali esterni (con abbondante risciacquo), svitare il tappo in senso antiorario cercando di non toccare le superfici interne del contenitore e del coperchio. Scartare il primo getto di urina e raccogliere il successivo nel barattolo (riempire il contenitore di non più di 3/4 della sua capacità), richiudere e miscelare il campione prima del trasferimento in provetta. Sollevare parzialmente l'etichetta adesiva presente sul coperchio (non toglierla completamente), inserire la provetta senza togliere il tappo, esercitare e mantenere una moderata pressione sulla provetta ed attendere il completo riempimento (cessazione del flusso). Togliere la provetta e riposizionare accuratamente l'etichetta adesiva al coperchio. NB: per i bambini riempire almeno la metà della provetta.

Nel caso siano richiesti contemporaneamente vari esami sulle urine del mattino aspirare prima il campione per il chimico-fisico (provetta con tappo bianco da 10 ml) e poi quello o quelli per gli ulteriori esami (tappo giallo per urinocoltura, altra provetta con tappo bianco per test di gravidanza, tappo marrone per analiti di chimica: sodio, potassio, calcio, proteine, creatinina, albumina, amilasi, beta 2 microglobulina urine, altra provetta tappo marrone per Bence Jones, immunofissazione urine, elettroforesi proteine urine).

Scrivere su ogni provetta il proprio nome, cognome e data di nascita.

Eliminare il barattolo per la raccolta diretta (che non deve essere consegnato al Centro Prelievi)

NB: Per tutti i casi in cui la raccolta delle urine non segue vie fisiologiche (catetere, stomia, sacchettino), il campione di urina andrà comunque trasferito nel barattolo con successivo utilizzo delle provette come sopra indicato.



**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	si	no	Ipertensione	si	no	Diabete	si	no	TBC	si	no
Tumori	si	no	Paralisi	si	no	Obesità	si	no	Sifilide	si	no
Asma e malattie allergiche				si	no	Morti improvvise				si	no

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo	si	no	Epatite virale	si	no	Palpitazioni	si	no
Varicella	si	no	Otite	si	no	Malattie intestino	si	no
Rosolia	si	no	Sinusite	si	no	Asma	si	no
Parotite(orecchioni)	si	no	Bronchiti	si	no	Eczema (malattie pelle)	si	no
Pertosse (tosse canina)	si	no	Polmonite	si	no	Allergia	si	no
Scarlattina	si	no	Tonsillite	si	no	Svenimento - Vertigini	si	no
Lussazione anca	si	no	Pleurite	si	no	Epilessia	si	no
Scoliosi	si	no	Febbre reumatica	si	no	Diabete	si	no
Dorso curvo	si	no	Anemia	si	no	Enuresi (pipì a letto)	si	no
Piede piatto	si	no	Malattie di cuore	si	no	Trauma cranico	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie di reni	si	no	Traumi sportivi	si	no
TBC	si	no	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni ecc.)				si	no

**RICOVERI PER INTERVENTO DI:**

Tonsille	si	no	Adenoidi	si	no	Ernia	si	no	Appendicite	si	no	Altro	si	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	si	no	Per miopia	si	no	Ipermetropia	si	no
E' stato in cura con busti correttivi	si	no	Astigmatismo	si	no	Strabismo	si	no
Ginnastica correttiva	si	no	Rialzo piede	si	no	Fuma	si	no
Esposto a fumo passivo (casa, lavoro, ecc.)	si	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.

.....li .....

Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore