

VISITA IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA: AVVERTENZE PER L'ATLETA

1. **PRENOTAZIONE.** LA PRENOTAZIONE DELLA VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA PUO' ESSERE FATTA TELEFONICAMENTE AL CUP AZIENDALE O DIRETTAMENTE PRESSO GLI SPORTELLI CASSA-CUP DELLE VARIE SEDI AZIENDALI
2. **COSTI.** LA VISITA PER LA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA RELATIVA AGLI ATLETI DI ETA' INFERIORE AI 18 ANNI E AGLI ATLETI DISABILI E' GRATUITA. LA GRATUITA' NON INCLUDE GLI EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI CHE POSSONO ESSERE RICHIESTI DAL MEDICO VISITATORE SU MOTIVATO SOSPETTO CLINICO, PER I QUALI L'ATLETA DOVRA' PAGARE IL RELATIVO TICKET SE DOVUTO. GLI ATLETI MAGGIORENNI DOVRANNO PAGARE LE SEGUENTI TARIFFE: TABELLA A 29,00 EURO; TABELLA B 62,00 EURO; TABELLA B1 102,00 EURO

L'ETA' DI INIZIO DELLO SPORT AGONISTICO. ESSA E' STABILITA DALLA FEDERAZIONE SPORTIVA DI APPARTENENZA

4. **ATLETI SENZA IL REQUISITO DELL'ETA' AGONISTICA.** NEL CASO DI ATLETI CHE SI PRESENTINO ALLA VISITA SENZA AVERE I REQUISITI DI ETÀ PREVISTI PER LO SPECIFICO SPORT (NOTA N. 0006203 DEL 2018, MINISTERO DELLA SALUTE), SI PRESENTERANNO AI GENITORI DUE POSSIBILITÀ: ESSERE RIPRENOTATI IN MODO PROTETTO (SE POSSIBILE) SECONDO IL CORRETTO CALENDARIO DI COMPIMENTO DELLA ETÀ, OPPURE SOTTOPORSI ALLA CERTIFICAZIONE NON AGONISTICA (COME DA PROTOCOLLO CIRCOLARE MINISTERO DELLA SALUTE 08/10/2016), DIETRO PAGAMENTO DELLA TARIFFA "PRIVATO PAGANTE": PRIMA VISITA (89.7_35; 20,50 EURO) + ELETTROCARDIOGRAMMA (89.52_2; 12,55 EURO) TOTALE 33,05
5. **ATLETI MINORENNI.** PER L'ESECUZIONE DELLA VISITA E PER IL RITIRO DEL RELATIVO CERTIFICATO, L' ATLETA MINORENNE DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE O DA UN MAGGIORENNE MUNITO DI DELEGA. IN QUESTO CASO L'ATLETA DOVRA' ESIBIRE COPIA DEL COSUMENTO D'IDENTITA' DEL DELGANTE E DEL DELGATO. IN CASO DI SEPARAZIONE, IL MINORE DOVRA' ESSERE ACCOMPAGNATO DA ENTRAMBI I GENITORI, O DA UN GENITORE MUNITO DI DELEGA (form scaricabile dal sito web aziendale)
6. **MODALITA' DI ACCESSO.** PER ACCEDERE ALLA VISITA L'ATLETA DOVRA' ESSERE MUNITO DI APPOSITA RICHIESTA FIRMATA E TIMBRATA DAL PRESIDENTE DELLA SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA. SOLO GLI ATLETI MAGGIORENNI CHE PRATICANO ATLETICA LEGGERA IN MODO INDIVIDUALE (CIOÈ NON SONO ISCRITTI AD ALCUNA SOCIETÀ SPORTIVA), POTRANNO ACCEDERE ALLA VISITA MEDIANTE AUTODICHIARAZIONE (LE FORM SONO SCARICABILI DAL SITO WEB AZIENDALE).
7. **IL GIORNO DELLA VISITA.** L'ATLETA DOVRA' PRESENTARSI ALLA VISITA 10 MINUTI PRIMA DELL'ORARIO PREVISTO (IN CASO DI RITARDO NON SI GARANTISCE L'ESECUZIONE DELLA VISITA), ED ESSERE MUNITO DI: CAMPIONE DI URINA DELLA

MATTINA (PROVETTA); DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'; SCHEDE ANAMNESTICA, CONSENSO INFORMATO E LIBERATORIA SULLA PRIVACY DEBITAMENTE COMPILATI DALL'INTERESSATO O, IN CASO DI MINORE, ESCLUSIVAMENTE DA CHI ESERCITA LA RESPONSABILITA' GENITORIALE (le rispettive form sono scaricabili dal sito web aziendale); RICHIESTA DI EFFETTUAZIONE DELLA VISITA DI IDONEITA' AGONISTICA A FIRMA DEL PRESIDENTE DELLA SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA (form scaricabile dal sito web aziendale); EVETUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA (ESAMI, DIMISSIONI OSPEDALIERE O DA PRONTO SOCCORSO, ACCERTAMENTI ESEGUITI IN OCCASIONE DI VISITE AGONISTICHE PRECEDENTI). SI CONSIGLIA DI INDOSSARE ABBIGLIAMENTO ADEGUATO ALLA ESECUZIONE DELLA PROVA DA SFORZO, DI NON PRESENTARSI A DIGIUNO E DI NON ASSUMERE SOSTANZE STIMOLANTI (CAFFE', THE', ECC.) O FUMARE NELLE 3 ORE PRECEDENTI LA VISITA

8. **ATLETI CON CERTIFICATO IN CORSO DI VALIDITA'.** NEL CASO DI ATLETI CHE SI PRESENTINO ALLA VISITA CON LA SCADENZA DEL CERTIFICATO PRECEDENTE ANCORA IN VIGORE PER UNA DATA SUPERIORE AI 30 GIORNI, LA VISITA NON VERRA' ESEGUITA ED ESSI SARANNO RIPRENOTATI IN MODO PROTETTO (SE POSSIBILE) DIRETTAMENTE DALLA SEGRETERIA DEL SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT.

9. **CAMBIO SPORT.** GLI ATLETI CHE CHIEDONO DI AVERE UN SECONDO CERTIFICATO PER UNO SPORT DIFFERENTE DA QUELLO PER IL QUALE HANNO GIÀ UN PRECEDENTE CERTIFICATO IN CORSO DI VALIDITÀ, DOVRANNO PRESENTARSI CON LA RICHIESTA DEL PRESIDENTE DELLA NUOVA SOCIETÀ SPORTIVA E CON UN NUOVO FOGLIO ANAMNESTICO COMPILATO.

10. **MANCATA PRESENTAZIONE ALLA VISITA.** COME DA DISPOSIZIONI REGIONALI, LE ASSENZE PER LE QUALI NON SIA PERVENUTA DISDETTA TELEFONANDO ALLO 800075580 ENTRO LE 48 ORE LAVORATIVE PRECEDENTI LA DATA FISSATA PER L'APPUNTAMENTO, SONO SOGGETTE ALL'ADDEBITO DELLA TARIFFA (DGR 600/2007)

IN CARENZA DEI REQUISITI SOPRADESCRITTI LA VISITA MEDICO-SPORTIVA NON VERRA' ESEGUITA

CONSENSO INFORMATO PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

a _____ (in caso di genitore di minore di 18 anni) padre/madre

di _____ nato/a il ____/____/____ a _____

dichiara di essere stato informato degli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine del rilascio del certificato di idoneità agonistica e quindi di accettare di essere sottoposto a:

- 1) visita medica completa (anamnesi, esame obiettivo, valutazione acuità visiva ed uditiva)
- 2) esame delle urine completo
- 3) spirometria con valutazione dei volumi polmonari statici e dinamici
- 4) elettrocardiogramma a riposo, durante e dopo test da sforzo, corredato dalla misurazione della pressione arteriosa

Il **test da sforzo** verrà effettuato con l'uso di un ergometro che consente un incremento progressivo dello sforzo; lo sforzo verrà aumentato gradualmente sino al raggiungimento di una determinata frequenza cardiaca o, nel caso di test massimale, sino al raggiungimento del massimo carico sostenuto dal soggetto o fino a quando il medico riterrà opportuno interrompere la prova. Prima dell'esecuzione del test da sforzo sono stato esaminato/a dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Le apparecchiature necessarie e il personale formato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili. Sono stato altresì messo al corrente:

- dei disturbi che eventualmente potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento)
- delle necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi
- dei rischi insiti nell'indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche
- del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento

LEGGE PRIVACY

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla Legge sulla privacy 196/03, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, esprimo il mio consenso ed autorizzo l'utilizzo e la comunicazione dei miei dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prevenzione, secondo le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

LETTO E COMPRESO TUTTO QUANTO SOPRA RIPORTATO

| | |
|------------|---|
| data | firma dell'atleta (<i>se maggiorenne</i>) |
| data | firma del primo genitore |
| data..... | firma del secondo genitore |
| data | firma del Medico |

SCHEMA ANAMNESTICA DELL'ATLETA AGONISTA

Questa scheda è strettamente personale e deve essere compilata e firmata dall'atleta (o da uno dei genitori in caso di atleta minorenni)

Cognome e Nome _____ Documento identità: n° _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____ Residente a _____

Prov. _____ Indirizzo _____ tel. _____

Attività lavorativa _____ Scolarità _____

Sport agonistico per cui si richiede la visita _____

Società sportiva _____ Anno di inizio attività agonistica _____

Eventuali periodi d'interruzione dell'attività agonistica e motivo _____

L'allenamento si svolge nei seguenti giorni : _____ per un totale di ore/settimana n. _____

Altri sport praticati attualmente _____ per un totale di ore/settimana n. _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

| | Vivente | | Età attuale o di morte | Malattie ed eventuale causa di morte |
|----------|---------|----|------------------------|--------------------------------------|
| Nonno P | SI | NO | _____ | _____ |
| Nonna P | SI | NO | _____ | _____ |
| Nonno M | SI | NO | _____ | _____ |
| Nonna M | SI | NO | _____ | _____ |
| Padre | SI | NO | _____ | _____ |
| Madre | SI | NO | _____ | _____ |
| Fratello | SI | NO | _____ | _____ |
| Fratello | SI | NO | _____ | _____ |
| Sorella | SI | NO | _____ | _____ |
| Sorella | SI | NO | _____ | _____ |
| _____ | SI | NO | _____ | _____ |
| _____ | SI | NO | _____ | _____ |

Leggere attentamente le malattie sottostanti e nel caso uno dei familiari soffra o abbia sofferto di una qualunque delle malattie riportate barrare il si

| | | | | | | | | |
|------------------|-------|----|---------------------|----|----|---------------------|----|----|
| MALATTIE DI CUOR | SI | NO | MALATTIE POLMONARI | SI | NO | EPILESSIA | SI | NO |
| ICTUS (PARALISI | SI | NO | ASMA BRONCHIALE | SI | NO | TUMORI | SI | NO |
| MORTE IMPROVVISA | SI | NO | ALLERGIA | SI | NO | ULCERA | SI | NO |
| COLESTEROLO ALTO | SI | NO | MALATTIE RENALI | SI | NO | MALATTIE GENETICHE | SI | NO |
| DIABETE | SI | NO | MALATTIE DEL SANGUE | SI | NO | MALATTIE AUTOIMMUNI | SI | NO |
| IPERTENSIONE | SI | NO | MALATTIE NERVOSE | SI | NO | | | |
| OBESITA' | SI | NO | MALATTIE TIROIDEE | SI | NO | | | |
| ALTRE MALATTIE | _____ | | | | | | | |

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Quante sigarette fuma al giorno ? _____ da quanti anni ? _____ in passato fumava ? _____ da quanti anni ha smesso ? _____

Quanto vino e/o birra beve al giorno ? _____ 0 litri _____ meno di 0.5 litri _____ da 0.5 a 1 litro _____ oltre 1 litro

Quanti caffè beve al giorno ? _____ 0 caffè _____ 1-3 caffè _____ da 3-5 caffè _____ oltre 5 caffè

Atleta di sesso femminile : età prima mestruazione _____ data ultima mestruazione _____

Soffre di disturbi del ciclo ? SI NO
Assume anticoncezionali ? SI NO

Le è mai stato riscontrato durante una visita medica:

MALATTIA CARDIACA SI NO
SOFFIO CARDIACO SI NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA SI NO
ARITMIE CARDIACHE SI NO
ALTRO SI NO

Sente attualmente o ha mai accusato nel passato qualcuno dei seguenti disturbi a riposo o durante la sport ?

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO SI NO
CUORE CHE BATTE IN MANIERA IRREGOLARE SI NO
SVENIMENTO-SINCOPI SI NO
CAPOGIRI SI NO
DIFFICOLTA' DI RESPIRO SI NO
AFFATICAMENTO SPROPORZIONATO ALLO SFORZO SI NO
ALTRI SINTOMI SI NO

Soffre o ha mai sofferto di :

| | | | | | |
|----------------------|-------|----------------------|-------|------------------------|-------|
| FREQUENTI TONSILLITI | SI NO | MALATTIE INTESTINALI | SI NO | MALATTIE DELLA TIROIDE | SI NO |
| MALATTIA REUMATICA | SI NO | EPATITE VIRALE | SI NO | CEFALEA FREQUENTE | SI NO |
| FREQUENTI OTITI | SI NO | ULCERA | SI NO | EPILESSIA | SI NO |
| FREQUENTI SINUSITI | SI NO | CALCOLI | SI NO | SCOLIOSI | SI NO |
| BRONCOPOLMONITI | SI NO | MALATTIE RENALI | SI NO | FRATTURE | SI NO |
| PLEURITE | SI NO | SANGUE NELLE URINE | SI NO | LUSSAZIONI | SI NO |
| TUBERCOLOSI | SI NO | INFEZIONI URINARIE | SI NO | GRAVI DISTORSIONI | SI NO |
| ASMA BRONCHIALE | SI NO | MALATTIE DEL SANGUE | SI NO | GRAVI STRAPPI MUSCOL. | SI NO |
| BRONCHITI ASMATICHE | SI NO | ANEMIA | SI NO | LESIONI MENISCALI | SI NO |
| ASMA DA SFORZO | SI NO | MALATTIE CUTANEE | SI NO | ESIONI LEGAMENTI | SI NO |
| RINITI ALLERGICHE | SI NO | GRAVI PROBL. DENTARI | SI NO | GRAVI TENDINITI | SI NO |
| ALTRE ALLERGIE | SI NO | DIABETE | SI NO | PUBALGIA | SI NO |
| MENINGITE | SI NO | COLESTEROLO ELEVATO | SI NO | TRAUMA CRANICO | SI NO |
| MONONUCLEOSI | SI NO | TRIGLICERIDI ELEVATI | SI NO | ALTRI GRAVI TRAUMI | SI NO |
| BRUCIORI DI STOMACO | SI NO | DIGESTIONE LENTA | SI NO | STITICHEZZA | SI NO |
| ANSIA | SI NO | INSONNIA | SI NO | ALTRO _____ | |

E' mai stato operato ? SI NO Se si indicate il tipo di intervento chirurgico _____

Attualmente sta assumendo farmaci, integratori alimentari, vitamine, fitofarmaci ? SI NO

Se **SI** specificare quali e a quale dosaggio _____

Fa uso di occhiali e/o di lenti a contatto SI NO

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 23/06/86 :

Il sottoscritto _____ dichiara di : essere non essere

stato sottoposto a precedenti visite medico sportive. A seguito dell'ultima visita medico sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____ sono non sono stato dichiarato idoneo alla pratica

agonistica dello sport _____ Dichiaro sotto la mia responsabilità, pena la nullità dell'atto, che le notizie da me fornite con la presente scheda sono complete e veritiere.

data firma dell'atleta (se maggiorenne)

data firma del primo genitore

data firma del secondo genitore

**DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA
AGONISTICA
PER ATLETI MINORENNI**

Il/la sottoscritto/a nato/a a il avente la
responsabilità genitoriale sul minore

nato a il
delega

il/la Sig./ra nato/a il
ad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla visita medico sportiva e di ricevere le
successive informazioni sanitarie

data firma del primo genitore

data firma del secondo genitore

data firma del Delegato

Si allega copia del documento del/dei delegante/i e del delegato

AUTOCERTIFICAZIONE PER VISITA MEDICO-SPORTIVA

Il sottoscritto/a Nato/a
a il
Residente a Provincia
Via n°
Codice Fiscale

**Dichiara di praticare a livello agonistico, in modo
individuale, lo sport**

e di necessitare della certificazione di idoneità allo sport agonistico

Data

Firma



**RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA
 AGONISTICA (D.M. Sanità 18.02.1982)**

Data _____

La Società sportiva ASD UNITED FUTSAL VALLI

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale _____

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto _____ con codice n. |_|_|_|_|_|_|_|_|

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____ via _____ n. _____

la visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

prima affiliazione rinnovo

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.

**ASD UNITED
 FUTSAL VALLI**
Piazza Natività n. 27 - 30015 Chioggia (VE)
 P.IVA 04421620271 - C.F. 91023900276
 Tel. 3493156477 - info@asdvallic5.it

Firma del presidente e timbro della società

Modalità di prenotazione della visita

- Di persona:** presso le casse delle sedi ospedaliere di Noale, Dolo e Chioggia e delle sedi distrettuali di Favaro e Venezia
- Telefonando al CUP aziendale:** per il **Distretto Venezia e Mestre** 041 8897908, da lunedì a venerdì ore 8.00 – 18.00, sabato ore 8.00 – 12.00; per il **Distretto Dolo-MiranoNoale** 041 5103520, da lunedì a venerdì ore 8.00 – 19.00, sabato ore 9.00 – 12.00; per il **Distretto di Chioggia** 848.800.997 da lunedì a venerdì, ore 8.00 -17.00, sabato ore 8.00 – 12.00.

Importante

La prenotazione della visita di idoneità agonistica può essere fatta con largo anticipo.

l'appuntamento per la visita, però, non può essere fissato prima di 30 giorni dalla scadenza del precedente certificato.

Come da disposizioni regionali, le assenze per le quali non sia pervenuta disdetta telefonando allo 800075580 entro le 48 ore precedenti la data fissata per l'appuntamento, saranno soggette all'addebito della tariffa (DGR 600/2007).