

U.O. ATTIVITÀ SPECIALISTICA “ SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT ”

**LA PRENOTAZIONE SI EFFETTUA AL NUMERO 0444 756530 NEI GIORNI DI:
LUNEDÌ - MARTEDÌ - GIOVEDÌ - VENERDÌ DALLE ORE 10:00 ALLE ORE 13:30**

L'atleta dovrà presentarsi alla visita su **appuntamento**, munito di:

- Tessera Sanitaria
- Carta d'Identità
- Foglio Anamnestico (Allegato 2) (compilato e firmato in calce dall'atleta/genitore)
- Tessera delle Vaccinazioni
- Referti sanitari (se in possesso)

Si ricorda che:

1. Nel rispetto delle norme medico-legali, l'**ATLETA MINORENNE** dovrà essere accompagnato da un **GENITORE** o da **PERSONA ESERCENTE PATRIA POTESTÀ**
2. Se l'atleta fosse in convalescenza dalla **MALATTIA** o ancora in **TERAPIA FARMACOLOGICA** si prega di contattare telefonicamente il Servizio allo 0444 756467 (lunedì-venerdì 08:30-10:00)
3. Come da disposizioni regionali, le assenze per le quali non sia pervenuta **DISDETTA ENTRO 48 ORE** precedenti la data fissata, sono soggette all'addebito della tariffa (DRG 600/2007)
4. Per l'**ANNULLAMENTO** della prenotazione è **NECESSARIO** essere in possesso del **N° DI PRENOTAZIONE** e contattare telefonicamente il Servizio allo 0444 756454
5. Al momento della visita è necessario consegnare al Servizio di Medicina dello Sport la **Richiesta per Visita Medica** (Allegato 1) e il **Foglio Anamnestico** (Allegato 2)

RICHIESTA PER VISITA MEDICA (Allegato 1)

Il sottoscritto **PRESIDENTE** della Società Sportiva _____
chiede la visita medica di idoneità sportiva agonistica per lo sport _____
nonché tutti gli accertamenti previsti dal DM. 18/02/1982 per l'**ATLETA** sottoelencato:

Cognome Nome	Data di nascita	Comune di residenza	Prima visita	Scadenza certificato	N° prenotazione e data visita

Obbligatorio riportare:

Indirizzo e-mail società sportiva _____

Numero recapito telefonico e fax società sportiva _____

Data

IL PRESIDENTE (Firma e Timbro)