

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto di tecnologie avanzate e servizi ecosistemici in oncologia</small>	<b>MODULO</b>	Pagina 1 di 2
	<b>Richiesta di Visita Medico-Sportiva          Agonistica per Atleti Tesserati</b>	<b>Codice MO08</b>  <b>Rev 2</b> <b>del 20/06/2024</b>

**RICHIESTA DI CERTIFICATO PER IDONEITA' 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. JUDO MARCONI no DOJO

Cod Fiscale 91168790359 Con sede sociale in via S. ANDREA n° 15

Città CASTELNOVO DI SOTTO Prov. RE Telefono 3475395297

Fax \_\_\_\_\_ email info.judocs@gmail.com PEC \_\_\_\_\_

Affiliato alla Federazione CONI/Ente Promozionale (specificare cosa e numero) UISP N° 25001187

Nella persona del Presidente / legale rappresentate pro-tempore RABITTI LUIGI

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) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**SPECIFICARE LO SPORT AGONISTICO PER CUI SI RICHIEDE LA VISITA:**  
JUDO

età MINIMA prevista dalle norme Federali, anni \_\_\_\_\_  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 minorenni 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, \_\_\_\_\_

**La Società Sportiva di appartenenza**

**JUDO MARCONI no DOJO**  
 (timbro e firma del Presidente)  
 Associazione sportiva Dilettantistica  
 Via Sant'Andrea n. 14  
 42024 CASTELNOVO DI SOTTO (RE)  
 Tel. 347.5395297  
 E-mail: info.judocs@gmail.com

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

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia <small>IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia</small> <b>Medicina dello Sport e</b> <b>Prevenzione Cardiovascolare</b> <b>Servizio Igiene e Sanità Pubblica</b> <b>Dipartimento Sanità Pubblica</b>	<b>MODULO</b>	Pagina 2 di 2
	<b>Richiesta di Visita Medico-Sportiva</b> <b>Agonistica per Atleti Tesserati</b>	Codice <b>MO08</b> <b>Rev 2</b> <b>del 20/06/2024</b>

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

I genitori degli **atleti minorenni** possono prenotare:

- on line dal proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, CUPWeb
- servizio di Prenotazione Telefonica CUPTel
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia
- nelle Farmacie convenzionate, servizio FarmaCUP

Gli **atleti maggiorenni** possono prenotare:

- per telefono, al numero dedicato alla Libera Professione Aziendale
- di persona agli sportelli CUP e Polifunzionali dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

Gli **atleti con disabilità** possono prenotare:

- utilizzando la PEC: [medsport@pec.ausl.re.it](mailto:medsport@pec.ausl.re.it)
- utilizzando il Secure Form disponibile al link [SaDiSport](#), Salute Disabilità e Sport

### Atleti minorenni

**IMPORTANTE:** il minore **deve essere sempre accompagnato alla visita medico sportiva dal genitore o dall'esercente la responsabilità genitoriale (Tutore Legale); in caso contrario non sarà possibile effettuare la visita**

### 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, thè, 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);
- documento d'identità valido (Carta d'Identità);
- libretto sanitario dello sportive;
- 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.
- La presente richiesta di visita medico sportiva **compilata** rilasciata dalla Società Sportiva

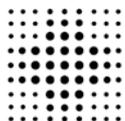
### Tariffe

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

### Dove e come pagare

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

Le modalità di pagamento, per gli atleti maggiorenni sono indicate sul foglio della prenotazione.



## 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 sottoscritta/o

Codice Fiscale

GENITORE o Esercente la responsabilità genitoriale dell'ATLETA

nato a

Prov.

il

telefono/cell. (del genitore o esercente la responsabilità)

L'atleta è stato adottato/in affido? NO

SI

Se SI, a che età?

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	SI	Chi?
Pressione alta	NO	SI	Chi?
Ictus	NO	SI	Chi?
Aritmie	NO	SI	Chi?
Infarto	NO	SI	Chi?
Problemi renali	NO	SI	Chi?
Colesterolo alto	NO	SI	Chi?
Diabete	NO	SI	Chi?
Problemi tiroide	NO	SI	Chi?
Morti improvvise?	NO	SI	Se SI, chi e a che età?
Altro	NO	SI	

## 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 Se SI quali?

**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*

<b>Malattie del rene</b> NO SI	<b>Proteine nelle urine</b> NO SI <i>Altro</i>	<b>Sangue nelle urine</b> NO SI
<b>Apparato locomotore</b>	<b>Scoliosi</b> NO SI <b>Piede piatto</b> NO SI <i>Altro</i>	<b>Dorso curvo</b> NO SI <b>Piede cavo</b> NO SI
<b>Apparato neurologico</b>	<b>Mal di testa</b> NO SI <b>Epilessia</b> NO SI <i>Altro</i>	<b>Convulsioni</b> NO SI <b>Trauma cranico</b> NO SI
<b>Ha fatto visita oculistica recente</b> NO SI	<b>Problemi agli occhi</b> NO SI <b>Astigmatismo</b> NO SI <b>Ipermetropia</b> NO SI <b>Difficoltà nella visione dei colori</b> NO SI	<b>Strabismo</b> NO SI <b>Miopia</b> NO SI
<b>Problemi orecchio</b> NO SI	<b>Otiti</b> NO SI <b>Riduzione udito</b> NO SI	<b>Sordità</b> NO SI
<b>Ricoveri per interventi</b> NO SI	<b>Adenoidi</b> NO SI <b>Tonsille</b> NO SI <b>Altri interventi</b> NO SI	<b>Ernia inguinale</b> NO SI <b>Appendicite</b> NO SI
<b>Ha avuto traumi</b> NO SI	<b>Distorsioni</b> NO SI <b>Menischi/legamenti</b> NO SI <b>Fratture</b> NO SI <b>Lesioni muscolari</b> NO SI	Cosa? Cosa? Cosa? Cosa?

*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

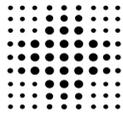
**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

*(barrare con una x la voce che interessa)*

Data

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o esercente responsabilità genitoriale



MO07

Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Sesso M  F

**INDICAZIONI IMPORTANTI**

**1. INFORMATI PER LE MODALITÀ DI CONSEGNA NEL CENTRO PRELIEVI CHE HAI SCELTO**

URP DISTRETTUALI			
REGGIO EMILIA	0522.335168	CASTELNOVO NÉ MONTI	0522.617328
CORREGGIO	0522.630211	GUASTALLA	0522.837344
MONTECCHIO	0522.860205	SCANDIANO	0522.850400

**2. CONSEGNA** la provetta di urina, accompagnata da questa richiesta, presso uno dei seguenti **CENTRI PRELIEVI**

CENTRI PRELIEVI			
<b>REGGIO EMILIA</b> ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA	V.le Risorgimento, 80	<b>REGGIO EMILIA</b> CASA DEL DONO	Via Muzio Clementi, 2/a
<b>BRESCELLO</b> POLIAMBULATORI	Via Cisa Ligure (ex Ospedale)	<b>NOVELLARA</b> CASA DELLA SALUTE	Via della Costituzione, 12
<b>CASTELNOVO SOTTO</b> POLIAMBULATORI	Via D. Alighieri, 3/B	<b>PUIANELLO</b> CASA DELLA SALUTE	Via Amendola, 1
<b>CORREGGIO</b> PALAZZINA EX INAM	Via Circondaria, 26	<b>SCANDIANO</b> OSPEDALE MAGATI	Via Martiri della Libertà. 6
<b>FABBRICO</b> CASA DELLA COMUNITÀ	Via XXV Aprile, 34/a	<b>POVIGLIO</b> CENTRO MEDICO POLIF	Via Roma, 22
<b>GUASTALLA</b> OSPEDALE CIVILE	Via Donatori di Sangue, 1	<b>CASTELNOVO NE' MONTI</b> OSPEDALE S. ANNA	Sala Centro Prelievi Via Roma, 2
<b>MONTECCHIO</b> OSPEDALE FRANCHINI	Via Barilla, 16		

**3. Consegna le urine almeno QUALCHE GIORNO PRIMA DELLA VISITA MEDICA**

**4. Per l'esatta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino** immediatamente dopo il risveglio (*mitto intermedio*, cioè evitando di raccogliere il getto iniziale e finale di urina) a **DISTANZA DI ALMENO 24 ORE DA UNO SFORZO FISICO (allenamento, gara, ginnastica)** perché qualunque attività fisica può alterare i dati

**5. Per le atlete è importante fare l'esame almeno 7-10 giorni dalla fine del ciclo mestruale**

**NOTE PER L'UFFICIO ACCETTAZIONE del Centro Prelievi**

- Contratto: S

- Codice di Provenienza



Reggio Emilia 1138	Correggio 1207
Guastalla 1205	Montecchio E. 1138
Castelnuovo né Monti 1138	Scandiano 1138