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

La Società Sportiva A.S.D. CELLE RIMINI

nella persona del **Presidente / ~~Responsabile~~** GRASSO SIMONE

con sede sociale in via EUTERPE n. 5 Città RIMINI

Telefono 0541-770217 Fax _____ e-mail segreteria@polisportivacelle.it

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale FGi

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 GINNASTICA ARTISTICA

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

Data, _____ Timbro della Società *(firma in originale)* Il Presidente

A.S. DILETTANTISTICA
CELLE RIMINI
Via Euterpe, 5 47923 Rimini (RN)
Cod. Fisc. . 91 002 780 400
Partita IVA : 03 157 600 408

_____

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

1. **Il presente modulo c**ompilato 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:

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