

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO
SPORTIVA AGONISTICA**

Data 12-03-2026

MR PD 36_01

Rev. n. 02.1

La Società Sportiva IL CIGNO A.S.D.

nella persona del **Presidente / Responsabile** MERENDA MARIA NIVES

con sede sociale in via DONATI n. 195 Città CASTEL BOLOGNESE

Telefono 328 0915979

Fax _____ e-mail _____

Affiliata alla Federazione CONI / Ente Promozionale FEDERAZIONE GINNASTICA ITALIA

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 27/12/25

☐ **Rinnovo del certificato (Scadenza il _____)**

per lo sport/disciplina _____

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

Data, _____

Timbro della Società
(firma in originale)

Il Presidente
CONI IL CIGNO ASD FGI
Via Donati n. 195
48014 Castel Bolognese (RA)
Cod. Fisc. 190094300393
Part. IVA 0408800393

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 possiede 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 12-03-2026 MR PD 36_01
SSD Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Fisica		Rev. n. 02.1

**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 27/12/25

- ☐ **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