



SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Centro Sanitario Polifunzionale di Thiene

Richiesta da consegnare al servizio di Medicina dello Sport al momento della visita

Il sottoscritto PRESIDENTE _____ della Società Sportiva _____ affiliata alla Federazione _____ del C.O.N.I., chiede la visita medica di idoneità all'attività sportiva nonché tutti gli accertamenti previsti dal D.M.S. del 18/02/1982, per l'atleta sottoelencato, tesserato e/o da tesserare presso codesta società, il quale pratica attività sportiva agonistica e non appartiene alle categorie dei professionisti o semiprofessionisti.

Cognome e nome	Data di nascita	Comune di residenza	Prima visita	Scadenza certificato

DATA: _____

IL PRESIDENTE
Timbro e firma

Il giorno della visita l'atleta dovrà presentarsi all'appuntamento, munito di:

- tessera sanitaria
- documento di riconoscimento (del genitore se minorenne)
- provetta con le urine
- scheda di Anamnesi dell'Atleta (scaricabile dal sito)
- eventuali precedenti referti sanitari
- autocertificazione Covid per atleti

Prenotazioni:

CALL CENTER numero verde da telefono fisso 800 038 990 da cellulare 0445/509800

dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:30

TRAMITE MAIL inviando la documentazione richiesta all'indirizzo callth@aulss7.veneto.it

CUP Nuovo Ospedale - Santorso via Garziere, 42 Dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 17.00

CUP Distretto Socio-Sanitario - Thiene via Boldrini, 1 Dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00

Come da disposizioni Regionali, le assenze per le quali non sia pervenuta disdetta entro i 2 giorni precedenti la data fissata, sono soggette all'addebito della tariffa.

Per annullare la prenotazione:

n° verde: **800 038 990**

e-mail: disdetta@aulss7.veneto.it

Segreteria del servizio: Tel. 0445 388814; medspoth@aulss7.veneto.it gli orari di apertura sono disponibili sul sito AULSS7

Ambulatori di Medicina dello Sport Asiago Marostica Thiene

SCHEDA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITÀ SPORTIVA da consegnare debitamente compilata al momento della visita	
Cognome dell' Atleta	Nome
nato il	A
residente a	Via
telefono	cellulare
codice fiscale	
Carta d'identità o patente numero (Atleta maggiorenne)	
Cognome Genitore	nome
carta d'identità o patente numero	data rilascio
Cognome dell'altro Genitore	nome
carta d'identità o patente numero	data rilascio
sport per cui è richiesta l'idoneità sportiva	
da quanti anni viene praticato questo sport?	per quante ore settimanali?
attualmente viene praticato qualche altro sport?	no sì, per quante ore settimanali?
in passato sono stati praticati altri sport?	no sì, per quanti anni?
NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA specificare chi tra i famigliari (compresi nonni, zii, cugini) soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati:	
morte improvvisa (prima dei 45 anni): no sì, chi ne ha sofferto?	
malattie di cuore:	no sì, chi ne ha sofferto?
infarto miocardico:	no sì, chi ne ha sofferto?
angina	no sì, chi ne ha sofferto?
ipertensione:	no sì, chi ne ha sofferto?
ictus cerebrale:	no sì, chi ne ha sofferto?
colesterolo/trigliceridi elevati:	no sì, chi ne ha sofferto?
diabete:	no sì, chi ne ha sofferto?
allergie:	no sì, chi ne ha sofferto?
asma:	no sì, chi ne ha sofferto?
tumori:	no sì, chi ne ha sofferto?
malattie della tiroide:	no sì, chi ne ha sofferto?
NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA	
è già stato sottoposto a visite medico-sportive?	no sì
se sì, è mai stato dichiarato non idoneo?	no sì
Durante una visita medica sono mai state riscontrate le seguenti anomalie?	

malattie cardiache:	no sì
soffio cardiaco:	no sì
ipertensione arteriosa:	no sì
aritmie cardiache:	no sì
Ha mai accusato i seguenti disturbi?	
dolore o costrizione al petto	no sì
irregolarità del battito cardiaco	no sì
svenimento	no sì
Vertigine / capogiri	no sì
attualmente sta assumendo farmaci	no sì, quali?

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA, soffre o ha mai sofferto di:			
tonsilliti frequenti	no sì	malattie reumatiche	no sì
broncopolmonite	no sì	epatite virale	no sì
asma bronchiale	no sì	malattie renali	no sì
asma da sforzo	no sì	sangue nelle urine	no sì
rinite allergica	no sì	malattie del sangue	no sì
allergia alimentare	no sì	diabete	no sì
allergia a farmaci	no sì	malattie della tiroide	no sì
colesterolo o trigliceridi elevati	no sì	epilessia	no sì
malattie dell'infanzia (morbillo, varicella, rosolia, etc.)	no sì	meningite	no sì
INTERVENTI CHIRURGICI		no sì, quali	
INFORTUNI			
Trauma cranico		no sì	
Lesioni ai legamenti		no sì	
Lesioni meniscali		no sì	
Fratture		no sì	
Lussazioni		no sì	
Distorsioni		no sì	
Strappi muscolari		no sì	
FA USO DI OCCHIALI?		no sì, specificare per quale motivo	
Miopia	Astigmatismo	Ipermetropia	Strabismo
Fuma	no sì	Beve alcolici	no sì
Anni di età prima mestruazione:		Data ultimo ciclo mestruale:	

I GENITORI dell'Atleta MINORENNE esercenti la responsabilità genitoriale

- dichiarano di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisiche del figlio, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità;
 - dichiarano che il figlio non ha in sospeso accertamenti presso strutture pubbliche o private accreditate;
 - dichiarano di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste;
 - dichiarano di acconsentire alla comunicazione dei dati alla rete regionale della Medicina dello sport e
- Informati sui diritti e sui limiti di cui al D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 sulla tutela dei dati personali delle persone fisiche esprimono il loro consenso e autorizzano l'utilizzo dei dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prevenzione

Firma di ENTRAMBI I GENITORI

data_____firma_____

data_____firma_____

In caso di firma di un solo Genitore, lo stesso DICHIARA, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità (art. 46 del DPR n. 445 del 2000), che quanto sopra riportato e **la richiesta di visita** è fatta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

data_____firma_____

FIRMA DELL'ATLETA SE MAGGIORENNE, il quale conferma le dichiarazioni sopra riportate e, informato sui diritti e sui limiti di cui al D.L.vo n. 196 del 30/06/2003 sulla tutela dei dati personali delle persone fisiche, esprime il proprio consenso e autorizza l'utilizzo dei dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prevenzione

data_____firma_____