



www.ausl.pe.it

AZIENDA USL DI PESCARA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Tutela della Salute nelle attività sportive

Via Renato Paolini n°47 - 65124 PESCARA

Telefono 085. 425. 3962 - Fax 085. 425. 3961

Dirigente Medico Responsabile: *Dr. Marchesani Evanio*

E-Mail: medicinadellosport@ausl.pe.it

Richiesta di visita medica per l'idoneità alla pratica sportiva

La Società Sportiva _____ CIRCOLO SCHERMA FLAIANO A.S.D. PESCARA _____

Indirizzo ___ VIALE VITTORIA COLONNA, 37 – 65127 PESCARA _____ Tel. _____

Regolarmente affiliata al CONI - FEDERAZIONE / ENTE di P.S. _____ (F.I.S.) _____

Chiede per il proprio atleta (o per gli atleti in lista allegata)

Sig. _____ data di nascita _____ / _____ /19 _____

X **idoneità** alla pratica **agonistica** dello sport _____ SCHERMA _____

0 **idoneità** alla pratica **non agonistica** (certificato di stato di buona salute)

Opzione per consulenza psicologica integrata

SI NO _____

Firma adesione atleta

Si da atto di essere stati informati :

1. che la visita medica verrà effettuata su appuntamento orario esclusivamente previa **esibizione del referto esame urine** (con data non anteriore a 30 gg.) , **doc. di riconoscimento** , ricevuta del versamento ticket .
2. che non saranno presi in considerazione i **nominativi non inclusi nella lista** presentata ;
3. che i minori di anni 18 (diciotto) dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** da uno dei due genitori (muniti di doc. di riconoscimento) ;
4. che , solo per l'attività agonistica , sono **esenti** dalla quota ticket i maggiorenni residenti nella Regione Abruzzo (LR 28/7/2006 n. 26) ;
5. che tutti i minorenni sono esenti dalla quota ticket ;
6. che la quota ticket deve essere versata sul **c/c postale n. 37527538** intestato alla **A. USL di Pescara - Tutela della salute nelle attività sportive** (da ritirare presso la segreteria del Centro di Medicina dello Sport) ;
7. sui contenuti degli art. **3 - 8 - 9 - 13 - 14 della L.R. 132/97** che si riportano sul **retro**
8. che la mancata presentazione alla visita medica senza alcun preavviso verrà comunicata alla Società richiedente e Federazione/Ente Sportivo di appartenenza .

data _____ / _____ / 201 _____

CIRCOLO SCHERMA FLAIANO A.S.D. PESCARA
Viale Vittoria Colonna, 37 – 65127 PESCARA
C.F. 91091130681

Timbro della Società e Firma del Presidente
(obbligatorio)

Data di accettazione: ___ / ___ / 201__