



Azienda Sanitaria Unica Regionale AREA VASTA 1

DISTRETTO di PESARO via XI Febbraio, 36

**AMBULATORIO di MEDICINA DELLO SPORT**

**NORME PER L'ESECUZIONE DELLA VISITA di IDONEITA' SPORTIVA  
AGONISTICA**

L'**atleta** dovrà essere munito di :

**MODULO RICHIESTA** di visita medico sportiva agonistica completo di timbro e firma del Presidente della Società Sportiva richiedente, in **ORIGINALE**.

**IMPEGNATIVA** del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

**DOCUMENTO D' IDENTITA** in corso di validità.

**REFERTO dell' ESAME URINE** (validità max. 30 giorni). La raccolta delle urine deve essere effettuata dopo 2 giorni di riposo dall'attività fisica e per le atlete lontano dalla mestruazione.

L'**atleta minorenn**e:

deve essere **SEMPRE ACCOMPAGNATO** da chi esercita la potestà genitoriale o da chi venga delegato da entrambi i genitori, per iscritto, su relativo modulo.

**II CONSENSO INFORMATO e DICHIARAZIONE POTESTÀ GENITORIALE** deve **già** essere **compilato** e firmato da entrambi i genitori

Con un **ritardo superiore a 10 minuti** non sarà garantita la prestazione.

***IMPORTANTE:***

***per ricevere la modulistica si prega di contattare la Società Sportiva***

***di appartenenza, oppure di scaricarla dal sito***

***[www.asurzona1.marche.it](http://www.asurzona1.marche.it)***

***alla voce “ modulistica” - “Modulo Richiesta visita medico sportiva”.***

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan ,2 – 60122 Ancona

C.F. e P.Iva 02175860424

**Area Vasta n. 1:** Sede Amministrativa Via Ceccarini,38. 61032 Fano

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Sede Legale: Via Oberdan ,2 – 60122 Ancona  
C.F. e P.Iva 02175860424

**Area Vasta n. 1:** Sede Amministrativa Via Ceccarini,38. 61032 Fano