

INDICAZIONI PER IL GIORNO DELLA VISITA

L'atleta, non a digiuno, dovrà presentarsi alla visita su **appuntamento** munito di:

- Documento d'Identità dell'atleta in corso di validità
- Tessera Sanitaria e Tessera delle Vaccinazioni dell'atleta
- Foglio Anamnestico (allegato B) e modulo TRIAGE COVID-19 (allegato C) compilati e firmati
- Campione urine raccolto al mattino. Il giorno antecedente alla visita si consiglia di non praticare una intensa attività motoria. Bere almeno due bicchieri di acqua prima di giungere della visita
- Referti sanitari (se in possesso)

Si ricorda che:

1. **ATLETA MINORENNE** - nel rispetto delle norme medico-legali, il minorenne dovrà essere accompagnato da un genitore o da persona esercente la patria potestà.
2. **MALATTIA/TERAPIA** - se l'atleta fosse in convalescenza per malattia o in terapia farmacologica si prega di contattare telefonicamente il numero del Servizio, recepitibile nel sito web dell'Az. Ulss 8 Berica sezione UOSD Servizio Attività Motoria)
3. **ABBIGLIAMENTO** - il giorno della visita, l'atleta dovrà indossare calzoncini corti, maglia maniche corte e calzini.
4. **DISDETTA** - da disposizioni regionali (DRG 600/2007), il mancato annullamento della visita comporta l'addebito della prestazione. La disdetta dovrà avvenire entro 48 ore precedenti la data fissata
5. **ANNULLAMENTO VISITE** - È possibile cancellare la prenotazione fino a due giorni prima della data della visita tramite il seguente link: <https://www.aulss8.veneto.it/sam/ipsa-cancellazione.php>
6. **DOCUMENTAZIONE** - il giorno della visita è necessario consegnare al personale la **Richiesta per Visita Medica** (allegato A), il **Foglio Anamnestico** (allegato B) e il modulo **TRIAGE COVID-19** (allegato C)

Richiesta per Visita Medica (Allegato A)

Il sottoscritto PRESIDENTE della Società Sportiva _____

Affiliata: Federazione Sportiva Nazionale

Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI

Codice di affiliazione n°: _____

chiede la visita medica di idoneità agonistica per lo Sport _____

di cui la **Specialità/Disciplina** _____

nonché tutti gli accertamenti previsti dal DM. 18/02/1982 per l'ATLETA sottoelencato:

Cognome Nome	Data di nascita	Comune di residenza	Prima visita	Scadenza certificato	N° ticket di prenotazione e data di visita

Obbligatorio riportare:

Indirizzo e-mail società sportiva _____

Numero recapito telefonico e fax società sportiva _____

Data

IL PRESIDENTE (Firma e Timbro)