

**RICHIESTA DI INVIO AL SERVIZIO AZIENDALE DI MEDICINA DELLO SPORT
PER VALUTAZIONE ALL'IDONEITÀ ALLO SPORT NON-AGONISTICO
(D.M. 24.04.2013 – Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica)**

Il/la dott./ssa _____

in qualità di Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta dell'assistito/a sottoindicato

RICHIEDE

**LA VALUTAZIONE PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA AI FINI DEL
RILASCIO DEL RELATIVO CERTIFICATO MEDICO (100.22)**

PER IL/LA PROPRIA ASSISTITO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ CAP _____ via _____

Codice fiscale _____

Atleta disabile (art. 3, L 104/1992) ☐ Sì ☐ No

☐ Certificato per attività parascolastiche solo su richiesta dell'istituzione scolastica (esempio: per giochi studenteschi)

☐ Certificato per attività extra-scolastiche (esempio: sportivi tesserati come NON agonisti)

Requisiti necessari per l'invio (barrare):

☐ Presenza di patologia cardiaca cronica con diagnosi nota _____

☐ Familiarità (I e II grado) per morte improvvisa giovanile (<50 anni), indicare grado di parentela _____

Il Servizio di Medicina dello Sport si riserva di non accettare gli invii che non rispondono ai requisiti sopra indicati.

Prenotazione: La visita deve essere prenotata presso la Medicina dello Sport, allegando il presente modulo, ai seguenti indirizzi e-mail:

- medsportbz@sabes.it (Bolzano)
- medsportme@sabes.it (Merano)
- medsport.bx@sabes.it (Bressanone)
- sportmedizin-bk@sabes.it (Brunico)

Data della richiesta

Timbro e firma del/la MMG/PLS