

## INDICAZIONI PER IL GIORNO DELLA VISITA

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

1. **Documento d'Identità dell'atleta** in corso di validità
2. **Tessera Sanitaria e Tessera delle Vaccinazioni** dell'atleta
3. **Foglio Anamnestico (allegato B) e modulo TRIAGE COVID-19 (allegato C) COMPILATI** e firmati
4. **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
5. **Referti sanitari** (se in possesso e/o se richiesti).
6. Per gli atleti con più di 35 anni (sia **Tabella A** che **Tabella B**): portare in visione **esami ematochimici non più vecchi di 6 mesi** che comprendano almeno: emocromo, profilo lipidico (Col tot, Col LDL, Col HDL, TG), funzionalità renale (creatinina, eGFR), glicemia.

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 in possesso di delega e copia dei documenti di soggetto delegato e delegante.
2. **MALATTIA/TERAPIA** - se l'atleta fosse in convalescenza per malattia o in terapia farmacologica si prega di contattare telefonicamente il numero del Servizio, recepitabile nel sito web dell'Az. Ulss 8 Berica, sezione UOSD Servizio Attività Motoria)
3. **ABBIGLIAMENTO** - il giorno della visita, l'atleta, se possibile, dovrà indossare calzoncini corti, maglia maniche corte e calzini e scarpe da ginnastica.
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 A.S.D. PALLACANESTRO MONTAGNANA

chiede la visita medica di idoneità agonistica per lo Sport PALLACANESTRO

di cui la **Specialità/Disciplina** \_\_\_\_\_

nonché tutti gli accertamenti previsti dal DM. 18/02/1982 o dal DM. 04/03/1993 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 ufficio.pallacanestromontagnana@gmail.com

Numero recapito telefonico e fax società sportiva 3519118500 - 3387519288

Data \_\_\_\_\_

A.S.D. PALLACANESTRO MONTAGNANA  
 Via Mure Nord, 65 - 35044 Fontanafredda (Treviso)  
 Tel. 0423 753111 - Fax 0423 753809  
 COD. FISCALE 02441500242  
 CODICE FISCALE E PARTITA IVA 02441500242  
 Tel: 338 7519998 - 338 7519998