

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
 Registro CONI 234471 - F.I.P. 022039
 Codice Fiscale e Partita IVA 0267280285
 Tel: 338 7519998 - 338 7519998