



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Dipartimento di Sanità Pubblica  
U.O.S.D. Medicina dello Sport Territoriale  
Resp. Dott. Marco Cristofori  
Centro di Medicina dello Sport  
Via G. Bianchi, 4 - Ferrara 44122  
Tel. 0532/235550-5409

## Certificato di idoneità per attività SPORTIVA NON AGONISTICA per DISABILI DI OGNI ETA' e MINORENNI

**INFORMAZIONE IMPORTANTE:** la visita di norma è effettuata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del soggetto.

Inviante **DISABILE TUTTE LE ETA'** (visita effettuabile **tutto l'anno**)

Inviante **MINORENNE** (visita effettuabile nei mesi **da aprile a luglio**)

Solo per uso cup:  
Fascia Contrattuale Q1  
Ricetta " Ricetta libera  
Modalità d'accesso "99 - altro"  
\*Inviante MINORENNE oppure DISABILE TUTTE LE ETA' (a seconda dei casi)

Società Sportiva/Ente di promozione sportiva/Scuola

*ASD Benedetto 1964*

Via *Garibaldi, 76*

e-mail *segreteria@benedetto1964.com*

**ASD BENEDETTO 1964**  
Piazzale Donatori Sangue e Organi, n.10  
P.IVA 01627560384 - C.F. 90007970388

### CHIEDE

► la visita medico-sportiva per l'atleta

Nome		Cognome	
Nato/a il	A	Provincia	
Stato di nascita		Codice fiscale	
Residente	Provincia	CAP	
Via		N° civico	
Telefono		email	

► per l'attività sportiva indicata

	Prestazioni da prenotare	Codice di prenotazione
<input checked="" type="checkbox"/>	Visita medico-sportiva non agonistica	49 - 113



## COME PRENOTARE LA VISITA PRESSO LA MEDICINA DELLO SPORT

presso i punti CUP delle farmacie abilitate

I minori devono essere muniti di documento di identità e devono essere accompagnati da un genitore munito di documento d'identità; in mancanza del genitore chi accompagna il minore deve essere munito di:

- delega firmata dai genitori
- fotocopia del documento d'identità dell'esercente la patria potestà
- un proprio documento d'identità in corso di validità

### DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA EFFETTUATA NEI CONFRONTI DI MINORENNE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

esercente la patria potestà sul minore \_\_\_\_\_

#### DELEGO

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà per l'accertamento della idoneità alla pratica sportiva non agonistica.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### COSA PORTARE ALL'ATTO DELLA VISITA

1. Documento di identità dell'atleta e dell'accompagnatore in caso di atleta minorenni
2. Richiesta della società sportiva/ente di promozione sportiva riconosciuto C.I.P. o istituto scolastico
3. Libretto sanitario dello sportivo ("libretto verde") qualora già in possesso
4. Referti di eventuali altre visite/esami eseguiti per il rilascio dell'idoneità qualora già in possesso

Le visite per la certificazione non agonistica in soggetti disabili sono incluse nei LEA e vengono effettuate **gratuitamente**.