

Napoli, 05/04/06

PROCEDURA per Visita medica d'idoneità sportiva agonistica

Si ricorda che sulla base dei provvedimenti legislativi deliberati dalla Giunta Regionale della Campania a favore degli atleti che svolgono attività sportiva agonistica, la procedura da eseguire per il rilascio del certificato d'idoneità è la seguente:

- 1) La Società sportiva deve riempire il modello "A" allegato, a firma del Presidente della Società e a firma del Presidente Regionale o Provinciale della FSN/DSA affiliata, per la richiesta del libretto sanitario che l'atleta dovrà aver cura di ritirare presso la propria ASL di residenza.
- 2) La Società sportiva deve riempire il modello "B" allegato, a firma del Presidente della Società e a firma del Presidente Regionale o Provinciale della FSN/DSA affiliata, l'atleta con il libretto Sanitario e con il mod. "B" potrà recarsi per la visita d'idoneità sportiva agonistica presso un Centro di Medicina dello Sport di una struttura pubblica, oppure presso lo studio di un medico sportivo che deve **OBBLIGATORIAMENTE** risultare inserito nell'elenco regionale dei medici specialisti in medicina dello sport.
- 3) Per gli atleti di età inferiore ai 18 anni e, per tutti gli atleti "diversamente abili" la visita d'idoneità, se effettuata presso una struttura pubblica è **GRATUITA**.

Si ricorda infine, che ogni altra forma d'attestazione che non risulta in regola con quanto precedentemente descritto non ha nessun valore legale, con addebito per il rappresentante legale della società, di tutte le conseguenze civili e penali.

IL PRESIDENTE DEL C.R. CONI CAMPANIA
Geom. Giovanni Ugatti

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello "A"

Alla struttura pubblica A.S.L.

Oggetto: **Richiesta Libretto Sanitario** per visita medica per l' idoneità alla pratica Sportiva agonistica di cui al D.M. 18/02/1982

La Società Sportiva _____

Con sede in _____ via _____ n. _____

Affiliata alla F.S.N./D.S.A. _____ codice n. _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n. _____

Il rilascio del Libretto Sanitario di cui l'oggetto.

Tale atleta rientra per l'età nella fascia agonistica prevista per la disciplina.

↑ PRIMA AFFILIAZIONE ↑ RINNOVO TESSERA N. _____

A.S.L. di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello "B"

* Alla Struttura Pubblica Sanitaria (A.S.L.-A.O.-A.U.P.)
Servizio di Medicina dello Sport

* Al Medico Specialista in Medicina dello Sport

Oggetto: **Richiesta Visita Medica** per l' idoneità alla pratica
Sportiva Agonistica di cui al D.M. 18/02/1982

La Società Sportiva _____

Con sede in _____ via _____ n. _____

Affiliata alla F.S.N./D.S.A. _____ codice n. _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n. _____

una visita di valutazione medico sportiva per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica dello sport _____

Tale atleta rientra per l' età nella fascia agonistica prevista per la disciplina.

↑ PRIMA AFFILIAZIONE ↑ RINNOVO TESSERA N. _____

ASL di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita