

U.O. Medicina dello Sport - AUSL Parma
Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica
(Cod.esenzione I01)

PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE

(Compilare IN STAMPATELLO il presente modulo con i dati dell'atleta)

Cognome _____ Nome _____

C. F. _____

Data di nascita (g/m/a.) ____/____/____ sesso M F (barrare)

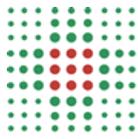
IMPORTANTE

PRESENTARE SEMPRE LA TESSERA SANITARIA

Consegnare le urine in laboratorio almeno 10 giorni prima della visita medica.

Per la corretta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino, immediatamente dopo il risveglio, a distanza di almeno 24-48 ore da uno sforzo (allenamento, gara).

Le atlete devono effettuare l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7 – 10 giorni dal termine).



MODULO DI DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____, residente a _____, in Via _____

padre / madre / tutore di _____,

nato/a a _____ il _____

N° telefonico a cui il sottoscritto può essere contattato al momento della visita per eventuali necessità (e.g., eventuale necessità di ulteriori notizie sulla salute dell'atleta; conferma della comprensione del consenso informato e del trattamento dei dati): _____

DELEGA

(in accordo con l'altro genitore, dal sottoscritto consultato)

Il/La Sig./ra _____ nato/a _____

il _____, residente in _____, via _____ n. ____

ad accompagnare il suddetto minore presso il Servizio di Medicina Sportiva per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e successive integrazioni).

(ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE)

Data _____

Firma leggibile del delegante

Firma leggibile del delegato
