

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA

(D.M. Sanità 18/02/1982, Circ. Min. Sanità 31/01/1983 n. 7)

All'ASL CN1 – S.S.D. Medicina Sportiva – Fossano

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

in qualità di Presidente Societario, Responsabile, Preside/Dirigente Scolastico, altro (**precisare**) _____

_____ di: _____ con sede in (indirizzo completo):

_____ tel.: _____ affiliata a Federazione/

Ente di Promozione Sportiva (**dato obbligatorio**): _____

CHIEDE

per gli iscritti elencati nella pagina successiva, il rilascio del certificato di idoneità alla pratica agonistica del seguente sport (**dato obbligatorio**): _____

INDICARE LE MODALITA' DI SCELTA PER IL RITIRO DEL/I CERTIFICATO/I MEDICO/I

- ☐ Ritirato di persona dal richiedente (Presidente Societario, Responsabile, Preside/Dirigente Scolastico), munito di idoneo documento di riconoscimento, presso la Struttura di Medicina Sportiva – Ufficio Segreteria, nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00; **oppure**
- ☐ Ritirato (negli orari su indicati) da persona incaricata, che dovrà esibire delega scritta e proprio documento di identità all'atto del ritiro.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ Timbro Società o
Ente – Istituzione _____

Firma (per esteso)

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA RICEVENTE

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità _____ nr. _____

rilasciato da _____ il _____

Data _____ Il dipendente addetto _____

Cognome e Nome	Data nascita	Telefono	Residenza	Data scad. certificato precedente

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Questo modulo è indispensabile per richiedere l'accertamento dell'idoneità a svolgere attività sportiva agonistica (leggere le avvertenze sotto riportate).

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il Presidente/Responsabile delle Società affiliate a una Federazione Sportiva Nazionale o alle Discipline Associate o di Enti di Promozione Sportiva riconosciuti dal CONI; il Preside/Dirigente Scolastico per i partecipanti alla fase nazionale dei Giochi Sportivi Studenteschi.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo compilato in ogni sua parte, timbrato e firmato dal richiedente può essere:

- a) consegnato personalmente, o tramite delegato/a, alla Segreteria della Medicina Sportiva ASL CN1 (vedi riferimenti in calce alla presente): è necessario esibire un valido documento di identità del richiedente.*
- b) spedito per posta (anche elettronica) agli indirizzi sotto indicati, allegando fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del richiedente.*

Avvertenze

- *Prioritariamente è indispensabile contattare la Struttura di Medicina Sportiva per ricevere ulteriori importanti informazioni su modalità e tempi di espletamento degli accertamenti sanitari.*
- ***In mancanza del documento di riconoscimento del richiedente o dei dati obbligatori indicanti l'affiliazione o la disciplina sportiva per la quale si chiede l'idoneità agonistica, l'istanza non potrà essere presa in considerazione.***
- *Si ricorda che l'utilizzo di casella di posta elettronica ordinaria non garantisce la riservatezza dei dati durante la trasmissione.*
- *Non è necessario stampare e presentare questa pagina contenente le informazioni.*

MODALITÀ DI RISPOSTA E TERMINI DI RISPOSTA

Il certificato medico riportante il giudizio sanitario può essere:

- *ritirato di persona dal richiedente (Presidente societario, Responsabile, Preside/Dirigente Scolastico), munito di valido documento di riconoscimento, presso la Struttura di Medicina Sportiva – Ufficio Segreteria – nei giorni e orari di apertura al pubblico sotto indicati;*
- *ritirato da persona delegata (negli orari sotto indicati) che dovrà esibire delega scritta e proprio documento d'identità all'atto del ritiro.*

La modalità scelta per il ritiro del certificato medico va espressamente indicata su questo modulo di richiesta, barrando una delle due preferenze sopra descritte.

TEMPO DI RISPOSTA: *entro 30 giorni dall'acquisizione di tutta la documentazione necessaria.*

Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito www.aslcn1.it

RIFERIMENTI

Ufficio: S.S.D. Medicina Sportiva ASL CN1 – Via Ospedale, 23/27 – 12045 FOSSANO (CN)
apertura al pubblico della Segreteria: giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 12.00;

Tel.: 0172 – 699.448 / 699.336 nei giorni e nelle ore su indicate.

Posta elettronica: medicinasportiva@aslcn1.it PEC: medicinasportiva@aslcn1.legalmailpa.it