

REGOLAMENTO REGIONALE 9 aprile 2014, n. 7

**“Semplificazioni in materia di rilascio di certificazioni di idoneità all’attività sportiva agonistica - Integrazioni alla legge regionale 9 agosto 2006, n.26 (Interventi in materia sanitaria)”. L.R. n.18 del 19 luglio 2013.**

**IL PRESIDENTE  
DELLA GIUNTA REGIONALE**

**Visto** l’art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l’emanazione dei regolamenti regionali;

**Visto** l’art. 42, comma 2, lett. c) L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

**Visto** l’art. 44, comma 3, L. R. 12 maggio 2004, n. 7 “Statuto della Regione Puglia”;

**Vista** la Delibera di Giunta Regionale n. 586 del 02/04/2014 di adozione del Regolamento;

**EMANA**

Il seguente Regolamento:

**CAPO I  
DISPOSIZIONI GENERALI**

**Art. 1  
*Principi generali***

1. In ossequio all’art. 32 della Costituzione, la Regione Puglia riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e la garantisce adottando ogni misura preventiva finalizzata al benessere della collettività.

**Art. 2  
*Finalità***

1. Il presente Regolamento disciplina la tutela delle attività sportive agonistiche come definite dal

D.M. 18 febbraio 1982 attraverso i controlli sanitari preventivi e periodici di cui all’art. 3 dello stesso decreto ministeriale, in rapporto allo sport praticato, secondo le norme dettate dalla L.R. n.18 del 19 luglio 2013 “Semplificazioni in materia di rilascio di certificazioni di idoneità all’attività sportiva agonistica - Integrazioni alla L.R. 9 agosto 2006, n.26 (interventi in materia sanitaria)” e in attuazione del D.M. 13 marzo 1995 “Norme sulla tutela sanitaria degli sportivi professionisti”.

2. Fermo restando il necessario potenziamento delle strutture pubbliche di Medicina dello sport come previsto dall’art. 1, comma 1/bis della L.R. n.18/2013, l’attività certificatoria viene svolta dai Medici specialisti in Medicina dello Sport che operino anche presso studi medici, strutture e ambulatori privati autorizzati in possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici ai sensi del Regolamento Regionale n.3/2010, iscritti nell’Elenco istituito ai sensi dell’art. 4.

**Art. 3  
*Rilascio del certificato di idoneità  
all’attività sportiva agonistica***

1. L’Associazione o la Società sportiva, ai fini del tesseramento e del rinnovo della certificazione di idoneità, richiede la visita medico-sportiva prevista dal D.M. 18/02/1982 presentando istanza conforme al modello di cui all’Allegato A.

2. Il certificato di idoneità all’attività sportiva agonistica può essere rilasciato a cittadini e atleti residenti nel territorio della regione Puglia o ad atleti tesserati da Associazioni o Società sportive ubicate nella Regione Puglia.

3. Il rilascio del certificato di idoneità all’attività sportiva agonistica avviene a seguito degli accertamenti eseguiti da Medici specialisti in Medicina dello Sport iscritti nell’Elenco di cui al successivo Art.4. Il cittadino che richiede la visita medico-sportiva per l’idoneità alla pratica sportiva agonistica, anche per la partecipazione a concorsi, deve presentare istanza conforme al modello di cui all’Allegato B.

4. Il medico specialista, qualora lo ritenga opportuno, potrà rilasciare una certificazione di ido-

neità per periodi inferiori a quelli previsti dalle Tabelle A e B del D.M. 18 febbraio 1982.

5. Le certificazioni di idoneità/inidoneità sono rilasciate in conformità ai modelli di cui agli Allegati C, D, E, F ed F1

## **CAPO II ELENCO REGIONALE MEDICI CERTIFICATORI E GESTIONE DATI DI VISITA MEDICO-SPORTIVA**

### **Art. 4**

#### *Elenco regionale dei medici certificatori*

1. La Regione Puglia, ai sensi dell'art.1 della L.R. 18/2013, istituisce l'elenco regionale dei Medici certificatori specialisti in Medicina dello sport (nel seguito elenco) differenziato per discipline sportive riconosciute dal CONI; l'elenco è gestito dalla competente struttura amministrativa della Regione Puglia.

2. Sono autorizzati al rilascio della certificazione tutti i Medici specialisti in Medicina dello sport iscritti nell'elenco.

3. Per l'iscrizione nell'elenco, il Medico specialista in Medicina dello Sport presenta specifica istanza, con relative dichiarazioni sostitutive di certificazione, conforme all'Allegato G. L'istanza e/o la documentazione, se incomplete dei dati richiesti, non daranno luogo all'iscrizione nell'elenco.

4. Qualora, a seguito di verifica, le dichiarazioni fornite non risultino conformi alla realtà o siano venuti a mancare i requisiti strutturali richiesti dal Regolamento Regionale n.3/2010, si procederà alla sospensione dell'iscrizione del Medico specialista dall'elenco. La riammissione è subordinata alla rimozione degli elementi ostativi, previa verifica da parte della struttura regionale competente.

5. Il medico specialista, per la variazione della sua iscrizione, deve presentare istanza conforme all'Allegato H.

6. L'iscrizione ha validità annuale ed è soggetta a rinnovo esplicito alla sua scadenza.

7. L'elenco è reso pubblico sul portale Regionale della Salute.

### **Art. 5**

#### *Gestione dei dati della visita medico-sportiva*

1. L'idoneità/inidoneità ai sensi della L.R. 18/2013 e tutti gli altri dati relativi alla visita, inclusi gli esiti degli accertamenti e degli esami devono essere registrati dal Medico certificatore iscritto nell'Elenco e gestiti nel rispetto dei requisiti di riservatezza, protezione e sicurezza stabiliti dal D. Lgs. 196/2003.

2. L'esito negativo degli accertamenti di idoneità alla pratica sportiva agonistica è comunicato mediante l'utilizzo della modulistica di cui al comma 5 del precedente art. 3, nei termini e ai soggetti previsti dall'art. 6 del D.M. 18/02/1982.

3. I dati clinici e strumentali relativi all'accertamento effettuato ai fini del riconoscimento o del rinnovo dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica riportati su supporto cartaceo, devono essere archiviati e conservati a cura del Medico specialista nello studio medico, nella struttura o ambulatorio in cui ha dichiarato di svolgere l'attività; l'archiviazione e la conservazione devono avvenire ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali e gestiti nel rispetto dei requisiti di riservatezza, protezione e sicurezza stabiliti dal D.Lgs. 196/2003.

4. Tutti i dati riferiti alla visita medica ed alle certificazioni sono raccolti e gestiti in forma di Cartella Clinica. Le Associazioni/Società sportive e le Federazioni possono conoscere l'esito dell'accertamento limitatamente ai propri iscritti o agli atleti per i quali ha presentato istanza di visita.

## **CAPO III SISTEMA INFORMATIVO**

### **Art. 6**

#### *Istituzione del Sistema Informativo per la Medicina dello Sport*

1. La struttura amministrativa regionale indi-

vidua i servizi erogati tramite il Portale regionale della Salute e ne regola l'accesso anche attraverso il processo di autenticazione dell'utente basato sull'utilizzo delle credenziali personali.

2. La Regione Puglia istituisce il Sistema Informativo per la Medicina dello Sport, nel seguito brevemente Sistema Informativo, per la gestione delle procedure finalizzate al rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica in attuazione della L.R. 18/2013 e del presente Regolamento.

3. L'istituzione del Sistema Informativo persegue la trasparenza e la dematerializzazione dei procedimenti.

4. Tutte le procedure di cui al presente Regolamento devono essere svolte con l'ausilio del Sistema Informativo.

5. Il Sistema Informativo è accessibile tramite la Rete Unitaria della Pubblica Amministrazione Regionale (RUPAR-SPC Puglia).

6. Il Sistema Informativo è parte del Sistema della Sanità Elettronica della Regione Puglia istituito ai sensi dell'art. 1 della Legge Regionale 15 luglio 2011, n. 16 "Norme in materia di sanità elettronica, di sistemi di sorveglianza e registri".

7. Il medico specialista sarà autorizzato all'accesso al Sistema Informativo a seguito dell'avvenuta iscrizione nell'Elenco.

8. I dati presenti nel Sistema Informativo sostituiscono su tutto l'ambito regionale il "libretto sanitario dello sportivo", previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità del 18/03/1996 n. 500.4/MSP/CP/643, conforme al modello ministeriale allegato alla circolare SVE/MSP/CP/2459 dell'11 dicembre 1996 e riportato nell'Allegato J al presente Regolamento.

9. Le Associazioni/Società sportive e le Federazioni possono consultare, mediante il Portale della Salute, l'esito dell'accertamento limitatamente ai propri iscritti o agli atleti per i quali ha presentato istanza di visita.

10. L'atleta e il cittadino potranno consultare, tramite il Portale della Salute, mediante accesso controllato, dati e documenti propri e di proprio interesse.

#### *Art. 7*

##### *Servizi per le Associazioni/Società sportive/ Federazioni e Comitato regionale del CONI*

1. Le Associazioni/Società sportive, le Federazioni e il Comitato regionale del CONI, previa presentazione di istanza conforme all'Allegato I del presente Regolamento, potranno accedere, nel rispetto delle regole di cui al precedente art.6, ai servizi del Sistema Informativo resi disponibili mediante il Portale regionale della Salute.

2. Il Comitato regionale del CONI potrà accedere ai dati disponibili nel Sistema Informativo per le proprie finalità istituzionali e nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (Codice della Privacy).

#### *Art. 8*

##### *Trattamento dei dati*

1. La riservatezza e la protezione dei dati personali trattati mediante il Sistema Informativo sono garantite dalle procedure di sicurezza relative al software e ai servizi telematici, in conformità alla disciplina vigente in materia di trattamento dei dati personali.

2. Nel Sistema Informativo sono raccolti e trattati solo i dati indispensabili per il perseguimento delle finalità della L.R. 18/2013 e del presente Regolamento.

3. Il processo di autenticazione in rete degli utenti avviene in conformità agli artt. 64 e 65 del Decreto Legislativo n. 82 del 7 marzo 2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e all'art. 34 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 mediante una delle seguenti modalità:

- utilizzo degli strumenti di autenticazione di cui all'art. 65, comma 1 del CAD (Carta di Identità Elettronica, Carta Nazionale dei Servizi);

- utilizzo di credenziali di autenticazione generate in conformità all'art. 64, comma 2 del CAD.

#### **CAPO IV ULTERIORI DISPOSIZIONI**

##### Art. 9 *Informazioni operative, modulistica e comunicazioni*

1. Le informazioni operative (ad es., struttura amministrativa regionale competente, PEC della struttura amministrativa regionale competente, ...) relative all'applicazione del seguente Regolamento sono pubblicate sul Portale regionale della Salute.
2. Le revisioni alla modulistica allegata al presente Regolamento e alle regole tecniche saranno rese pubbliche tramite il Portale Regionale della Salute.
3. Gli allegati al presente Regolamento anche non espressamente citati costituiscono parte integrante dello stesso

##### Art. 10 *Norma transitoria*

1. Nelle more dell'espletamento delle procedure tecniche relative all'istituzione del Sistema Informativo di cui all'art.6:
  - a) gli specialisti in Medicina dello Sport possono iscriversi all'elenco di cui all'art.4, comma 1 inviando, a mezzo posta elettronica certificata, alla Struttura amministrativa regionale competente:
    - l'allegato G compilato in ogni sua parte;
    - una copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità;
  - b) il medico certificatore deve inviare alla struttura amministrativa regionale competente un report semestrale in conformità all'Allegato K; l'invio dovrà avvenire entro il 15 gennaio e entro il 15 luglio di ogni anno.
  - c) L'idoneità deve essere comunicata all'atleta, alla struttura regionale compe-

tente ed all'Associazione/Società o Federazione sportiva di appartenenza, secondo le modalità stabilite dall'art.6, del D.M. 18.2.82, di cui agli allegati F ed F1 del presente regolamento.

- d) Il medico certificatore deve compilare e rilasciare all'atleta il libretto sanitario dello sportivo, costituito dall'allegato J del presente regolamento, in occasione della prima visita.
- e) Il libretto sanitario dello sportivo deve essere aggiornato in sede di visita successiva.
- f) La pubblicazione dell'elenco di cui all'art.4, comma 1 avviene sul Portale della Salute con cadenza bimestrale; l'elenco è pubblicato entro il giorno 15 del mese successivo al bimestre solare di riferimento.

#### **CAPO V OBBLIGHI, SANZIONI E VIGILANZA**

##### Art. 11 *Obblighi delle Associazioni, Società e Federazioni sportive*

1. In osservanza del comma 1 *sexies* dell'art. 1 della Legge Regionale n.18 del 19 luglio 2013, le Associazioni/Società sportive e le Federazioni sono tenute a tesserare come agonisti esclusivamente i soggetti in possesso del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica in corso di validità.

##### Art. 12 *Attività di vigilanza e controllo*

1. L'attività di vigilanza e controllo è realizzata dalla struttura amministrativa regionale competente, di cui alle disposizioni dettate dalla Circolare Ministeriale 18 marzo 1996, n.500.4/MSP/CP/643.

##### Art. 13 *Sanzioni*

1. La Regione, ai sensi dell'art. 1 comma 1 *septies* della L.R. n.18 del 19.7.2013, commina una san-

zione di € 5.000,00 per ciascun atleta tesserato in assenza di certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

2. La sanzione di cui al precedente comma 1 è posta a carico ed in solido delle Società/Associazioni Sportive e delle Federazioni di appartenenza, ai sensi dell'art. 1 comma 1 *septies* della L.R. n.18 del 19.7.2013.

3. I proventi derivanti dalle sanzioni amministrative, di cui al comma 1 del presente articolo, contribuiranno alla copertura delle spese per il potenziamento delle attività di vigilanza e controllo e per la gestione del Sistema Informativo per la Medicina dello Sport.

Il presente Regolamento è dichiarato urgente ai sensi e per gli effetti dell'art. 44 comma 3 e dell'art. 53 dello Statuto ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

*Dato a Bari, addì 9 aprile 2014*

**VENDOLA**

**INDICE****CAPO I****DISPOSIZIONI GENERALI**

- Art. 1 Principi generali
- Art. 2 Finalità
- Art. 3 Rilascio del certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica

**CAPO II****ELENCO REGIONALE MEDICI CERTIFICATORI E GESTIONE DATI DI VISITA MEDICO-SPORTIVA**

- Art. 4 Elenco regionale dei medici certificatori
- Art. 5 Gestione dei dati della visita medico-sportiva

**CAPO III****SISTEMA INFORMATIVO**

- Art. 6 Istituzione del Sistema Informativo per la Medicina dello Sport
- Art. 7 Servizi per le Associazioni/Società sportive/Federazioni e Comitato regionale del CONI
- Art. 8 Trattamento dei dati

**CAPO IV****ULTERIORI DISPOSIZIONI**

- Art. 9 Informazioni operative, modulistica e comunicazioni
- Art. 10 Norma transitoria

**CAPO V****OBBLIGHI, SANZIONI E VIGILANZA**

- Art. 11 Obblighi delle Associazioni, Società e Federazioni sportive
- Art. 12 Attività di vigilanza e controllo
- Art. 13 Sanzioni

**APPENDICE****Riferimenti normativi****ALLEGATI****APPENDICE****Riferimenti normativi**

- Art. 32 della Costituzione
- D.M. 18 febbraio 1982

- D.M. del 4 marzo 1993
- Circolare Ministeriale del 18 marzo 1996, n.500.4/MSP/CP/643
- Circolare del Ministero della Sanità SVE/MSP/CP/2459 dell'11 dicembre 1996.
- D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003
- D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005
- L.R. n. 26 del 9 agosto 2006
- Regolamento Regionale n.3 del 5 febbraio 2010
- L.R. n. 16 del 15 luglio 2011
- L.R. n. 18 del 19 luglio 2013
- D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005

**ALLEGATI**

- Allegato A - richiesta di visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica
- Allegato B - richiesta di visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica
- Allegato C - certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica - (art. 5 - dm 18-02-1982)
- Allegato D - certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica - (art.5 - dm 04-03-1993)
- Allegato E - certificato di idoneità psicofisica al volo da diporto o sportivo - (dpr 09-07-2010 n°133)
- Allegato F - certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica - art. 6 - dm 18-02-82
- Allegato F1 - certificato di non idoneità all'attività sportiva agonistica con diagnosi (art. 6 - dm 18-02-82)
- Allegato G - istanza di iscrizione nell'elenco dei medici certificatori di cui alla lr 18-2013
- Allegato H - istanza di variazione dell'iscrizione all'elenco di cui alla lr 18-2013
- Allegato I - istanza di accesso al sistema informativo regionale della medicina dello sport
- Allegato J - libretto sanitario dello sportivo
- Allegato K - report semestrale visite per attività sportiva agonistica
- Allegato 1 - scheda dati anamnestici
- Allegato 2 - scheda valutazione di cui alla tabella a del d.m.18.2.82
- Allegato 3 - scheda valutazione di cui alla tabella b del d.m. 18.2.82
- Allegato 4 - consenso informato sul test ergometrico "step test prova da sforzo"
- Allegato 5 - richiesta di ulteriori esami

**ALLEGATO 1****REGIONE PUGLIA****SCHEDA DATI ANAMNESTICI****DATI DELL'ATLETA**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Tel./Cell \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MALATTIE SOFFERTE/ALLERGIE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INTERVENTI CHIRURGICI**

---

---

---

---

---

---

**INFORTUNI**

---

---

---

---

---

---

**RICOVERI OSPEDALIERI**

---

---

---

Firma dell'atleta \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_, esercitante la patria potestà, dichiaro di non aver taciuto alcuna patologia pregressa e che il minore \_\_\_\_\_ non è mai stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica

Firma del genitore \_\_\_\_\_



**ALLEGATO 2****REGIONE PUGLIA****SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA PER I PRATICANTI GLI SPORT  
DI CUI ALLA TABELLA A DEL D.M.18.2.82**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente/domiciliato in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Documento di identità tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Sport per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_

☐ prima visita ☐ visita successiva

Eventuali altri sport praticati \_\_\_\_\_

## ANAMNESI

## A. Familiare

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## A. Fisiologica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(menarca \_\_\_\_\_ data ultima mestruazione  
\_\_\_\_\_ )

(fumo \_\_\_\_\_ alcool  
\_\_\_\_\_ )

## A. Patologica: malattie sofferte

\_\_\_\_\_

## Interventi chirurgici

\_\_\_\_\_

## Infortuni

\_\_\_\_\_

## Allergie

\_\_\_\_\_

Assunzione farmaci \_\_\_\_\_

Dichiaro, assumendomi ogni responsabilità civile e penale, di non avere malattie in atto o pregresse oltre quelle dichiarate e di essere stato giudicato idoneo, in precedenti visite per l'attività sportiva. Dò il consenso informato per gli accertamenti previsti e per gli eventuali accertamenti integrativi richiesti. Dichiaro altresì di essere stato informato dal medico visitatore circa i rischi per la salute connessi all'uso di sostanze e metodi il cui impiego è considerato doping ai sensi dell'art. 1 della legge 14/12/2000 n. 376. Mi impegno, in caso di mutate condizioni di salute, a segnalarlo al medico certificatore.

Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato dei diritti di accesso ai dati di cui all'art 7 del D.lgs 196/2003, di rilasciare il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, che potranno essere trattati a mezzo di sistemi sia informatici, sia cartacei.

Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Dichiaro di non avere gravidanze in atto

Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

## ESAME OBIETTIVO

Trofismo \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_

Statura cm: \_\_\_\_\_

Apparato locomotore \_\_\_\_\_

Torace ed apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio \_\_\_\_\_

p.a. a riposo \_\_\_\_\_

Addome e organi genitali \_\_\_\_\_

Arti \_\_\_\_\_

Acuità visiva naturale \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_

Acuità visiva corretta \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

Senso cromatico \_\_\_\_\_

Udito \_\_\_\_\_

Conclusioni esame obiettivo \_\_\_\_\_

Firma del medico visitatore \_\_\_\_\_

Elettro cardiogramma a riposo: freq. media

\_\_\_\_\_ PQ: \_\_\_\_\_ QT: \_\_\_\_\_

Reperto: \_\_\_\_\_

Firma del Cardiologo \_\_\_\_\_

Esame urine: Aspetto \_\_\_\_\_ Reazione \_\_\_\_\_

Densità \_\_\_\_\_ Colore \_\_\_\_\_

Reperto \_\_\_\_\_

## ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

Elettroencefalogramma

---

Esameneurologico\_\_\_\_\_

Esameotorinolaringoiarico\_\_\_\_\_

Audiometria\_\_\_\_\_

Altriesami \_\_\_\_\_

L'atleta all'atto della visita non presenta controindicazioni cliniche pregresse

o in atto alla pratica agonistica dello sport

---

Per il periodo \_\_\_\_\_

Lì\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3****REGIONE PUGLIA****SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA PER I PRATICANTI GLI SPORT  
DI CUI ALLA TABELLA B DEL D.M.18.2.82**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente/domiciliat in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Documento di identità tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

Sport per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_

☐ prima visita ☐ visita successiva

Eventuali altri sport praticati \_\_\_\_\_

## ANAMNESI

A. Familiare

A. Fisiologica \_\_\_\_\_

(menarca \_\_\_\_\_ data ultima mestruazione \_\_\_\_\_)

(fumo \_\_\_\_\_ alcool \_\_\_\_\_ )

A. Patologica: malattie sofferte \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici \_\_\_\_\_

Infortuni \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Assunzione farmaci \_\_\_\_\_

Dichiaro, assumendomi ogni responsabilità civile e penale, di non avere malattie in atto o pregresse oltre quelle dichiarate e di essere stato giudicato idoneo, in precedenti visite per l'attività sportiva. Dò il consenso informato per gli accertamenti previsti e per gli eventuali accertamenti integrativi richiesti. Dichiaro altresì di essere stato informato dal medico visitatore circa i rischi per la salute connessi all'uso di sostanze e metodi il cui impiego è considerato doping ai sensi dell'art. 1 della legge 14/12/2000 n. 376. Mi impegno, in caso di mutate condizioni di salute, a segnalarlo al medico certificatore.

Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato dei diritti di accesso ai dati di cui all'art 7 del D.lgs 196/2003, di rilasciare il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, che potranno essere trattati a mezzo di sistemi sia informatici, sia cartacei.

Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Dichiaro di non avere gravidanze in atto

Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

## ESAME OBIETTIVO

Trofismo \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_ Statura cm: \_\_\_\_\_

Apparato locomotore \_\_\_\_\_

Torace ed apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio \_\_\_\_\_

p.a. a riposo \_\_\_\_\_

Addome e organi genitali \_\_\_\_\_

Arti \_\_\_\_\_

Acuità visiva naturale \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

Acuità visiva corretta \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

Senso cromatico \_\_\_\_\_

Udito \_\_\_\_\_

Conclusioni esame obiettivo \_\_\_\_\_

Firma del medico visitatore \_\_\_\_\_

Elettrocardiogramma a riposo: freq. media \_\_\_\_\_ PQ: \_\_\_\_\_ QT: \_\_\_\_\_

Reperto: \_\_\_\_\_

IRI \_\_\_\_\_

Firma del Cardiologo \_\_\_\_\_

Esame urine Aspetto \_\_\_\_\_ Reazione \_\_\_\_\_

Densità \_\_\_\_\_ Colore \_\_\_\_\_

Reperto \_\_\_\_\_

Spirografia \_\_\_\_\_

Capacità Vitale CV \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ (norm  
\_\_\_\_\_ )



Volume Espir. Max Sec. VEMS \_\_\_\_\_ l \_\_\_\_\_ (norm \_\_\_\_\_)

Indice Tiffenau VEMS/CV \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ norm \_\_\_\_\_ )

Max Ventil. Volont. MVV \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_ (norm \_\_\_\_\_ )

Conclusioni \_\_\_\_\_ )

#### ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

Elettroencefalogramma \_\_\_\_\_

Esame neurologico \_\_\_\_\_

Esame otorinolaringoiarico \_\_\_\_\_

Audiometria \_\_\_\_\_

Altri esami \_\_\_\_\_

L'atleta all'atto della visita non presenta controindicazioni cliniche pregresse

o in atto alla pratica agonistica dello sport

\_\_\_\_\_

per il periodo \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 4****CONSENSO INFORMATO SUL TEST ERGOMETRICO "STEP TEST/PROVA DA SFORZO" FINALIZZATO ALLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SPORTIVA**

Il test da sforzo in Medicina dello Sport è una prova standardizzata di lavoro muscolare, prevista tra gli accertamenti per l'idoneità sportiva (nelle discipline inserite nella Tabella B del DM 18/02/1982) tramite gradini per step test o cicloergometro (tipo e modalità del test vengono scelti dal Medico dello Sport in base all'età ed alla storia familiare e personale dell'Atleta).

Lo step test consiste nel salire e scendere un gradino di altezza appropriata. Prima e dopo il test viene effettuato un elettrocardiogramma (ECG), cui segue il calcolo dell'IRI da parte del Medico. È fondamentale informare immediatamente il personale medico ed infermieristico in caso di comparsa di disturbi (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento) durante l'indagine.

Io sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, documento di identità tipo \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di essere stato/a esaurientemente informato/a mediante il colloquio con il Dott./ la Dott.ssa \_\_\_\_\_ e mediante la nota informativa soprariportata, di aver compreso il significato di quanto illustratomi in

relazione all'opportunità di sottopormi al testo ergometrico (prova da sforzo) e, in particolare, i seguenti aspetti:

- la finalità del test e modalità di effettuazione;
- le norme comportamentali da seguire prima dell'esecuzione del test;
- gli eventuali disturbi che potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento);
- la necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico presente non appena tali sintomi dovessero manifestarsi;
- i principali rischi insiti nell'indagine.

Avendo ottenuto risposta alle eventuali richieste di chiarimento ed avendo riflettuto in merito a quanto sopra esposto **ACCONSENTO** ad effettuare il testo ergometrico (step test/prova da sforzo).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma dell'Atleta o di chi esercita la patria potestà

**ALLEGATO 5**



**REGIONE PUGLIA**

**RICHIESTA DI ULTERIORI ESAMI**

L'Atleta (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_

C.F. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente/domiciliato in via

\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Pr. \_\_\_\_\_, sottoposto in data \_\_\_\_\_ a visita medica di idoneità alla

pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_

necessita dei seguenti esami specialistici integrativi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quesito diagnostico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**L'Atleta, in attesa del giudizio definitivo, risulta sospeso dall'attività sportiva.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

L'Atleta o chi esercita la patria potestà

Il Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REGIONE PUGLIA**

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA  
AGONISTICA  
(D.M. SANITÀ 18-02-1982)

**La Società/Associazione Sportiva** \_\_\_\_\_

**con sede in** \_\_\_\_\_ **via** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ CEC-PAC/PEC \_\_\_\_\_

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale e/o all'Ente di Promozione  
Sportiva \_\_\_\_\_ riconosciuto \_\_\_\_\_  
dal CONI,

**CHIEDE**

per il proprio atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_

una visita medico-sportiva per la verifica dell'idoneità alla pratica sportiva  
agonistica dello sport

\_\_\_\_\_

☐ prima visita☐ visita successiva

Data \_\_\_\_\_

Firma del Presidente e timbro della Società

## NOTE

- All'atto della visita l'atleta deve esibire un documento di riconoscimento in corso di validità.
- L'atleta deve presentarsi alla visita con abbigliamento comodo e scarpe da ginnastica.
- **La presente richiesta**, compilata in tutte le sue parti, **non può essere presentata prima di gg. 30 dalla scadenza del precedente certificato.**
- **Non possono essere compilate più richieste per lo stesso atleta e per la stessa specialità sportiva nel corso degli 11 mesi successivi alla visita.**

**ALLEGATO B**

**REGIONE PUGLIA**

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA  
AGONISTICA**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

**residente in** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_

**via** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_ **tel./cell.** \_\_\_\_\_

CHIEDE

di sottoporsi a visita medico-sportiva per:

☐ Partecipazione a concorsi      ☐ altro

**Data** \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

NOTE



- All'atto della visita è necessario esibire un documento di riconoscimento in corso di validità.
- È necessario presentarsi alla visita con abbigliamento comodo e scarpe da ginnastica.
- La presente richiesta deve essere compilata in tutte le sue parti.

**ALLEGATO C****REGIONE PUGLIA****CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA**  
(Art. 5-DM 18/02/82)**CERTIFICATO N.** \_\_\_\_\_

L'atleta

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, documento d'identità tipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, della

Società/Associazione Sportiva: \_\_\_\_\_

SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA E DEI RELATIVI ACCERTAMENTI, NON  
PRESENTA CONTROINDICAZIONI ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

\_\_\_\_\_

L'ATLETA HA L'OBLIGO DI LENTI CORRETTIVE (a contatto): ☐ SÌ ☐ NO

GRUPPO SANGUIGNO \_\_\_\_\_ FATTORE RH \_\_\_\_\_

IL PRESENTE CERTIFICATO HA VALIDITÀ \_\_\_\_\_ E SCADRÀ IL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO D

## REGIONE PUGLIA

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA  
(Art. 5-DM 04/03/1993)

CERTIFICATO N. \_\_\_\_\_

L'atleta \_\_\_\_\_

natoa \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, documento d'identità tipo  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, della Società/Associazione  
Sportiva: \_\_\_\_\_SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA E DEI RELATIVI ACCERTAMENTI, NON  
PRESENTA CONTROINDICAZIONI ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

ADATTATO AD ATLETI DISABILI.

L'ATLETA HA L'OBLIGO DI LENTI CORRETTIVE (a contatto): ☐ SÌ  
☐ NO

GRUPPO SANGUIGNO \_\_\_\_\_ FATTORE RH \_\_\_\_\_

IL PRESENTE CERTIFICATO HA VALIDITÀ \_\_\_\_\_ E SCADRÀ IL  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

**ALLEGATO E****REGIONE PUGLIA****CERTIFICATO DI IDONEITÀ PSICOFISICA AL VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO  
(DPR 09/07/2010 N.133)****CERTIFICATO N.** \_\_\_\_\_**PARTE PRIMA** (a cura dell' interessato)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

natoa: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiaro di godere di buona salute, di non ricevere alcun trattamento medico  
e di non avere né sospettare alcuna delle condizioni fisiche elencate  
nell'Allegato I del DPR 09/07/2010 n.133 e di cui ho preso visione.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**PARTE SECONDA** (a cura del Medico)

Si certifica che il Signor \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

possiede i requisiti psicofisici previsti dal DPR 09/07/2010 n 33 ed è pertanto  
IDONEO allo svolgimento dell'attività di volo da diporto o sportivo.

Eventuali prescrizioni:

Obbligo di lenti: ☐ SÌ ☐ NO

IL PRESENTE CERTIFICATO HA VALIDITÀ \_\_\_\_\_ E SCADRÀ IL \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico

Dr./Dr.ssa

**ALLEGATO F****REGIONE PUGLIA****CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA**  
(Art. 6-DM 18/02/82)**CERTIFICATO N.** \_\_\_\_\_

L'atleta

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ invia \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, documento d'identità tipo  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

della Società/Associazione Sportiva: \_\_\_\_\_,

SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA E DEI RELATIVI ACCERTAMENTI, È  
DICHIARATO NON IDONEO ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

**ALLEGATO F1**

**REGIONE PUGLIA**

**CERTIFICATO DI NON IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA  
(Art. 6-DM 18/02/82)**

**CERTIFICATO N.** \_\_\_\_\_

L'atleta \_\_\_\_\_

natoa \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residentea \_\_\_\_\_ invia \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, documento d'identità tipo  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

della Società/Associazione Sportiva: \_\_\_\_\_,

SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA E DEI RELATIVI ACCERTAMENTI, È  
DICHARATO NON IDONEO ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

\_\_\_\_\_

PER \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

## ALLEGATO G

## REGIONE PUGLIA

ISTANZA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI CUI ALL'ART.1, COMMA 1/BIS DELLA L.R.18/2013

*(Scrivere in stampatello)*

Io sottoscritto/dr.ssa \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 CEC-PAC/PEC \_\_\_\_\_

ai fini dell'iscrizione nell'elenco dei Medici specialisti in Medicina dello Sport  
 di cui all'art.1, comma 1/bis della L.R.19.7.2013, ai sensi dell'art.46 del DPR  
 n.445/2000,

## DICHIARO

- di possedere i seguenti titoli di studio
  - Laurea in Medicina e Chirurgia,
  - Specializzazione in Medicina dello sport conseguita il \_\_\_\_\_ pressol'Università di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_;
- di possedere un defibrillatore sul carrello di emergenza;
- di non essere in condizioni di incompatibilità ai sensi della normativa vigente;
- che intendo certificare per *(contrassegnare con una x le specialità sportive per le quali si intende certificare)*

<input type="checkbox"/>	<b>TUTTE LE DISCIPLINE</b>	<input type="checkbox"/>	EQUITAZIONE	<input type="checkbox"/>	RUGBY
<input type="checkbox"/>	ARRAMPICATA SPORTIVA	<input type="checkbox"/>	GOLF	<input type="checkbox"/>	SCACCHI
<input type="checkbox"/>	ATLETICA LEGGERA	<input type="checkbox"/>	GINNASTICA	<input type="checkbox"/>	SCHERMA
<input type="checkbox"/>	ATTIVITÀ SUBACQUEE	<input type="checkbox"/>	HOCKEY PRATO	<input type="checkbox"/>	SCI NAUTICO
<input type="checkbox"/>	AUTOMOBILISMO	<input type="checkbox"/>	HOCKEY E PATTINAGGIO	<input type="checkbox"/>	SPORT GHIACCIO
<input type="checkbox"/>	BADMINTON	<input type="checkbox"/>	JUDO, LOTTA, KARATE, ARTI MARZIALI	<input type="checkbox"/>	SPORT INVERNALI
<input type="checkbox"/>	BASEBALL E SOFTBALL	<input type="checkbox"/>	KENDO	<input type="checkbox"/>	SQUASH
<input type="checkbox"/>	BILIARDO SPORTIVO	<input type="checkbox"/>	KICK BOXING	<input type="checkbox"/>	SURFING
<input type="checkbox"/>	BOCCE	<input type="checkbox"/>	MOTOCICLISMO	<input type="checkbox"/>	TAEKWONDO
<input type="checkbox"/>	BOWLING	<input type="checkbox"/>	MOTONAUTICA	<input type="checkbox"/>	TAMBURELLO
<input type="checkbox"/>	BRIDGE	<input type="checkbox"/>	NUOTO	<input type="checkbox"/>	TENNIS
				<input type="checkbox"/>	TENNIS DA TAVOLO

	CACCIA		ORIENTAMENTO		TIRO CON L'ARCO
	CALCIO		PALLA PUGNO		TIRO A SEGNO
	CANOA		PALLACANESTRO		TIRO A VOLO
	CANOTTAGGIO		PALLAMANO		TRIATHLON
	CICLISMO		PALLAVOLO		TWIRLING
	CRICKET		PENTATHLON MODERNO		VELA
	DAMA		PESISTICA		WUSHU KUNG FU
	DANZA SPORTIVA		PUGILATO		

6. che le strutture sottoelencate presso le quali effettuerà le visite medico-sportive sono tutte site nella regione Puglia e tutte rispondenti ai requisiti richiesti dal Regolamento regionale n. 3/2010

Via e numero	Comune	Prov	Numero di Autorizzazione esercizio	Data di Autorizzazione esercizio

Allego copia del documento di identità in corso di validità.

In fede

Data \_\_\_\_\_



## ALLEGATO H

## REGIONE PUGLIA

ISTANZA DI VARIAZIONE DELL'ISCRIZIONE ALL'ELENCO DI CUI ALL'ART.1, COMMA 1/BIS DELLA

L.R.18/2013

*(Scrivere in stampatello)*

Io sottoscritto dr./dr.ssa

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_, residente a  
 \_\_\_\_\_ in via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;  
 tel./cell. \_\_\_\_\_ e-  
 mail \_\_\_\_\_ CEC-  
 PAC/PEC \_\_\_\_\_, già iscritto nell'Elenco Regionale  
 degli Specialisti in Medicina dello Sport autorizzati al rilascio della  
 certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica,

## DICHIARO

*(contrassegnare con una x il tipo di comunicazione che si intende effettuare)*

- ☐ di voler essere cancellato dall'Elenco Regionale di cui all'art.1 comma 1/bis della L.R.18/2013;  
☐ di voler certificare per le specialità sportive di seguito contrassegnate:

<input type="checkbox"/>	ARRAMPICATA SPORTIVA
<input type="checkbox"/>	ATLETICA LEGGERA
<input type="checkbox"/>	ATTIVITÀ SUBACQUEE
<input type="checkbox"/>	AUTOMOBILISMO
<input type="checkbox"/>	BADMINTON
<input type="checkbox"/>	BASEBALL E SOFTBALL
<input type="checkbox"/>	BILIARDO SPORTIVO
<input type="checkbox"/>	BOCCE
<input type="checkbox"/>	BOWLING
<input type="checkbox"/>	BRIDGE

<input type="checkbox"/>	GOLF
<input type="checkbox"/>	GINNASTICA
<input type="checkbox"/>	HOCKEY PRATO
<input type="checkbox"/>	HOCKEY E PATTINAGGIO
<input type="checkbox"/>	JUDO, LOTTA, KARATE, ARTI MARZIALI
<input type="checkbox"/>	KENDO
<input type="checkbox"/>	KICK BOXING
<input type="checkbox"/>	MOTOCICLISMO
<input type="checkbox"/>	MOTONAUTICA

<input type="checkbox"/>	SCACCHI
<input type="checkbox"/>	SCHERMA
<input type="checkbox"/>	SCI NAUTICO
<input type="checkbox"/>	SPORT GHIACCIO
<input type="checkbox"/>	SPORT INVERNALI
<input type="checkbox"/>	SQUASH
<input type="checkbox"/>	SURFING
<input type="checkbox"/>	TAEKWONDO
<input type="checkbox"/>	TAMBURELLO
<input type="checkbox"/>	TENNIS

	CACCIA
	CALCIO
	CANOA
	CANOTTAGGIO
	CICLISMO
	CRICKET
	DAMA
	DANZA SPORTIVA
	EQUITAZIONE

	NUOTO
	ORIENTAMENTO
	PALLA PUGNO
	PALLACANESTRO
	PALLAMANO
	PALLAVOLO
	PENTATHLON MODERNO
	PESISTICA
	PUGILATO
	RUGBY

	TENNIS DA TAVOLO
	TIRO CON L'ARCO
	TIRO A SEGNO
	TIRO A VOLO
	TRIATHLON
	TWIRLING
	VELA
	WUSHU KUNG FU

di voler effettuare le visite medico-sportive presso le strutture sottoelencate, tutte site nella regione Puglia e tutte rispondenti ai requisiti richiesti dal Regolamento regionale n. 3/2010;

Via e numero	Città	PR	Numero di Autorizzazione	Data di Autorizzazione

Allego copia del documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO I

## REGIONE PUGLIA

ISTANZA DI ACCESSO AL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE DELLA MEDICINA DELLO SPORT  
(Scrivere in stampatello)

Io sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_; tel./cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ CECAP/PEC \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_

- ☐ dell'Associazione sportiva \_\_\_\_\_  
☐ della Società sportiva \_\_\_\_\_  
☐ della Federazione \_\_\_\_\_  
☐ del Comitato regionale del CONI

Avente sede legale in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_,

giusta delega del legale rappresentante della predetta

\_\_\_\_\_

## CHIEDE

che gli/le sia concesso, per il tramite del Portale regionale della Salute, l'accesso ai contenuti del Sistema Informativo Regionale della Medicina dello Sport, con le modalità e nei limiti stabiliti dal Regolamento di attuazione della Legge Regionale n.18 del 19 luglio 2013 e nel rispetto

delle norme stabilite dal D.lgs.82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale".

Allega allo scopo:

- copia del documento di identità in corso di validità
- delega del legale rappresentante della\_\_\_\_\_
- Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO J



REGIONE PUGLIA  
LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residenza/Domicilio in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

1^ Visita \_\_\_\_\_

Data ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica \_\_\_\_\_

Data della visita \_\_\_\_\_

Società/Associazione o Federazione sportiva \_\_\_\_\_

Sport praticato \_\_\_\_\_

Accertamenti eseguiti \_\_\_\_\_

Ulteriori esami specialistici \_\_\_\_\_

Esito: ☒ Idoneo ☐ Non idoneo (barrare la voce che non interessa)

Medico Certificatore: Timbro e firma

Eventuale Giudizio della Commissione Regionale di Appello *Idoneo – Non idoneo*  
(barrare la voce che non interessa)



REGIONE PUGLIA  
LIBRETTO SANITARIO DELLO SPORTIVO

Visita di controllo

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residenza/Domicilio in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Data ultimo richiamo della vaccinazione antitetanica \_\_\_\_\_

Data della visita \_\_\_\_\_

Società/Associazione o Federazione sportiva \_\_\_\_\_

Sport praticato \_\_\_\_\_

Accertamenti eseguiti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ulteriori esami specialistici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esito: ☐ Idoneo ☒ Non idoneo (*barrare la voce che non interessa*)

Medico Certificatore: Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Eventuale Giudizio della Commissione Regionale di Appello *Idoneo – Non idoneo*  
(*barrare la voce che non interessa*)

## ALLEGATO K



## REGIONE PUGLIA



REPORT SEMESTRALE SULLE VISITE EFFETTUATE PER ATTIVITÀ SPORTIVA  
AGONISTICA

Anno \_\_\_\_\_ Semestre (*contrassegnare con una x il semestre*) ☐ I ☐ II

Medico specialista dr. /dr.ssa \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

SPECIALITÀ SPORTIVA (Tabelle A e B D.M.18/2/82 e s.m.i.)	MINORENNI			MAGGIORENNI			TOTALI SPECIALITÀ
	IDONEI	NON IDONEI	SOSPESI*	IDONEI	NON IDONEI	SOSPESI*	
ARRAMPICATA SPORTIVA							
ATLETICA LEGGERA							
ATTIVITÀ SUBACQUEE							
AUTOMOBILISMO							
BADMINTON							
BASEBALL E SOFTBALL							
BILIARDO SPORTIVO							
BOCCE							
BOWLING							
BRIDGE							
CACCIA							
CALCIO							
CANOA							
CANOTTAGGIO							

CICLISMO							
CRICKET							
DAMA							
DANZA SPORTIVA							
EQUITAZIONE							
GOLF							
GINNASTICA							
HOCKEY PRATO							
HOCKEY E PATTINAGGIO							
JUDO, LOTTA, KARATE, ARTI MARZIALI							
KENDO							
KICK BOXING							
MOTOCICLISMO							
MOTONAUTICA							
NUOTO							
ORIENTAMENTO							
PALLA PUGNO							
PALLACANESTRO							
PALLAMANO							
PALLAVOLO							
PENTATHLON MODERNO							
PESISTICA							
PUGILATO							
RUGBY							
SCACCHI							
SCHERMA							
SCI NAUTICO							
SPORT GHIACCIO							
SPORT INVERNALI							
SQUASH							
SURFING							
TAEKWONDO							
TAMBURELLO							



TENNIS							
TENNIS DA TAVOLO							
TIRO CON L'ARCO							
TIRO A SEGNO							
TIRO A VOLO							
TRIATHLON							
TWIRLING							
VELA							
WUSHU KUNG FU							
<b>TOTALI</b>							

*\* soggetti che non hanno completato gli esami supplementari richiesti all'atto della visita.*

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_