

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 (**da 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 (**N.B. dato obbligatorio pena la mancata accettazione dell'istanza**):

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 08,30 alle ore 12,00.
- 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 (art. 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	Residenza	Data scadenza certificato precedente	Data prenotazione

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 alla 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 08.30 alle ore 12.00;

Tel.: 0172 – 699.241 / 699.336 nei giorni e nelle ore su indicate. Fax: 0172 – 1795471.

Posta elettronica: medicinasportiva@aslcn1.it