

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Centro Sanitario Polifunzionale di Thiene

Richiesta da consegnare al servizio di Medicina dello Sport al momento della visita

Il sottoscritto PRESIDENTE _____ della Società Sportiva _____
affiliata alla Federazione _____ del C.O.N.I., chiede la visita medica di
idoneità all'attività sportiva nonché tutti gli accertamenti previsti dal D.M.S. del 18/02/1982,
per l'atleta sottoelencato, tesserato e/o da tesserare presso codesta società, il quale pratica
attività sportiva agonistica e non appartiene alle categorie dei professionisti o
semiprofessionisti.

| Cognome e nome | Data di nascita | Comune di residenza | Prima visita | Scadenza certificato |
|----------------|-----------------|---------------------|--------------|----------------------|
| | | | | |

DATA: _____

IL PRESIDENTE
Timbro e firma

Il giorno della visita l'atleta dovrà presentarsi all'appuntamento, munito di:

- tessera sanitaria
- documento di riconoscimento (del genitore se minorenne)
- provetta con le urine
- scheda di Anamnesi dell'Atleta (scaricabile dal sito)
- eventuali precedenti referti sanitari
- autocertificazione Covid per atleti

Prenotazioni:

CALL CENTER numero verde da telefono fisso 800 038 990 da cellulare 0445/509800

dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 17:30

TRAMITE MAIL inviando la documentazione richiesta all'indirizzo callth@aulss7.veneto.it

CUP Nuovo Ospedale - Santorso via Garziere, 42 Dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 17.00

CUP Distretto Socio-Sanitario - Thiene via Boldrini, 1 Dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 12.00

Come da disposizioni Regionali, le assenze per le quali non sia pervenuta disdetta entro i 2 giorni precedenti la data fissata, sono soggette all'addebito della tariffa.

Per annullare la prenotazione:

n° verde: **800 038 990**

e-mail: disdetta@aulss7.veneto.it

Segreteria del servizio: Tel. 0445 388814; medspoth@aulss7.veneto.it gli orari di apertura sono disponibili sul sito AULSS7