



AREA 20 - SETTORE 01

Giunta Regionale della Campania

Area Generale di Coordinamento
Assistenza Sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

AL PRESIDENTE REGIONALE
DEL CONI - CAMPANIA
SEDE

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2011. 0397030 19/05/2011

Mittente: Prevenzione, Assistanza Sanitaria - Igiene Sanitaria

Destinatari: PRESIDENTE REGIONALE CONI CAMPANIA

Classifica: 20.1.1. Fascicolo: 3 del 2011



Oggetto. Rilascio certificazioni sportive agonistiche.

Al fine di evitare lunghe attese agli atleti che devono effettuare la visita presso le strutture autorizzate al rilascio delle certificazioni d'idoneità alla pratica sportiva agonistica, è opportuno, sia per motivi organizzativi che per essere in regola con le iscrizioni alle diverse federazioni sportive di appartenenza, contattare le strutture autorizzate al rilascio delle certificazioni sportive agonistiche a partire dal mese di giugno.

All'uopo, si ricorda che sul BURC n.9 del 07/02/2011 - D.D. n.14 del 28/01/2011 Settore Assistenza Sanitaria è stato pubblicato l'aggiornamento dell'anagrafe sia degli specialisti in medicina dello sport che delle strutture pubbliche della Regione Campania.

Si prega la S.V. di dare, alla presente, la massima divulgazione.

Il Dirigente del Settore
Dr. Mario VASCO

ZLL



Coni
Comitato Regionale
Campania

PROCEDURA
Visita medica d'idoneità sportiva agonistica

Si ricorda che sulla base dei provvedimenti legislativi deliberati dalla Giunta Regionale della Campania a favore degli atleti che svolgono attività sportiva agonistica, la procedura da eseguire per il rilascio del certificato d'idoneità è la seguente:

- 1) La Società sportiva deve compilare il modello "A" allegato, a firma del Presidente della Società e a firma del Presidente Regionale o Provinciale della FSN/DSA affiliata, per la richiesta del libretto sanitario che l'atleta dovrà aver cura di ritirare presso la propria ASL di residenza.
- 2) La Società sportiva deve compilare il modello "B" allegato, a firma del Presidente della Società e a firma del Presidente Regionale o Provinciale della FSN/DSA affiliata, l'atleta con il libretto Sanitario e con il mod. "B" potrà recarsi per la visita d'idoneità sportiva agonistica presso un Centro di Medicina dello Sport di una struttura pubblica, oppure presso lo studio di un medico sportivo che deve **OBBLIGATORIAMENTE** risultare inserito nell'elenco regionale dei medici specialisti in medicina dello sport.
- 3) Per gli atleti di età inferiore ai 18 anni e, per tutti gli atleti "diversamente abili" la visita medica d'idoneità sportiva agonistica è **GRATUITA**.

Si ricorda infine, che ogni altra forma d'attestazione che non risulta in regola con quanto precedentemente descritto non ha nessun valore legale, con addebito per il rappresentante legale della società, di tutte le conseguenze civili e penali.

F.to Il Segretario C.R. CONI Campania
Alfonso Modugno

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello A ..

Alla struttura pubblica A.S.L.

Oggetto: **Richiesta Libretto Sanitario** per visita medica per l' idoneità alla pratica
Sportiva agonistica di cui al D.M. 18/02/1982 e 04/03/93

La Società Sportiva _____

Con sede in _____ via _____ n. _____

Affiliata alla F.S.N./D.S.A. _____ codice n. _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n. _____

Il rilascio del Libretto Sanitario di cui l' oggetto.

Tale atleta rientra per l' età nella fascia agonistica prevista per la disciplina.

PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO TESSERA N. _____

A.S.L. di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

COMITATO REGIONALE CONI CAMPANIA /// REGIONE CAMPANIA

Modello B

* Alla Struttura Pubblica Sanitaria (A.S.L.-A.O.-A.U.P.)
Servizio di Medicina dello Sport

* Al Medico Specialista in Medicina dello Sport

Oggetto: **Richiesta Visita Medica** per l' idoneità alla pratica
Sportiva Agonistica di cui al D.M. 18/02/1982 e 04/03/93

La Società Sportiva _____

Con sede in _____ via _____ n. _____

Affiliata alla F.Š.N./D.S.A. _____ codice n. _____

CHIEDE

Per il proprio atleta _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n. _____

una visita di valutazione medico sportiva per l' idoneità alla pratica sportiva agonistica dello sport _____

Tale atleta rientra per l' età nella fascia agonistica prevista per la disciplina.

PRIMA AFFILIAZIONE RINNOVO TESSERA N. _____

ASL di appartenenza _____

Data _____

Il Presidente Regionale/Provinciale della FSN/DSA

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma leggibile)

(timbro e firma leggibile)

* scegliere il destinatario dove si vuole effettuare la visita