

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'OBBLIGO 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'OBBLIGO 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 _____

residentea _____ 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
DICHIARATO 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

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

TUTTE LE DISCIPLINE	EQUITAZIONE	RUGBY
ARRAMPICATA SPORTIVA	GOLF	SCACCHI
ATLETICA LEGGERA	GINNASTICA	SCHERMA
ATTIVITÀ SUBACQUEE	HOCKEY PRATO	SCI NAUTICO
AUTOMOBILISMO	HOCKEY E PATTINAGGIO	SPORT GHIACCIO
BADMINTON	JUDO, LOTTA, KARATE, ARTI MARZIALI	SPORT INVERNALI
BASEBALL E SOFTBALL	KENDO	SQUASH
BILIARDO SPORTIVO	KICK BOXING	SURFING
BOCCE	MOTOCICLISMO	TAEKWONDO
BOWLING	MOTONAUTICA	TAMBURELLO
BRIDGE	NUOTO	TENNIS
		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 sottoscrittodr./dr.ssa

_____ nato/a
C.F. _____ 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:

ARRAMPICATA SPORTIVA
ATLETICA LEGGERA
ATTIVITÀ SUBACQUEE
AUTOMOBILISMO
BADMINTON
BASEBALL E SOFTBALL
BILIARDO SPORTIVO
BOCCE
BOWLING
BRIDGE

GOLF
GINNASTICA
HOCKEY PRATO
HOCKEY E PATTINAGGIO
JUDO, LOTTA, KARATE, ARTI MARZIALI
KENDO
KICK BOXING
MOTOCICLISMO
MOTONAUTICA

SCACCHI
SCHERMA
SCI NAUTICO
SPORT GHIACCIO
SPORT INVERNALI
SQUASH
SURFING
TAEKWONDO
TAMBURELLO
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 _____ CEC/PAC/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							
TOTALI							

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

Data _____

In fede
