

**Richiesta di visita medica per il rilascio dell'idoneità per attività sportive agonistiche/non agonistiche ad ELEVATO impegno cardio-vascolare**

(DM 18/02/1982 e DGR Emilia Romagna 775/2004 e s.m.i.)

da compilare a cura della Società Sportiva

La società sportiva u.s. astra  
Associazione Sportiva Dilettantistica  
Con sede in via Via Isola, 18 - 43125 PARMA n. \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_  
C F 92041490340 - P IVA 01814680342  
Tel \_\_\_\_\_ Cod Un M5UXCR1 e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE la visita medico sportiva**

- agonistica  prima visita  
 visita successiva scadenza certificato \_\_\_\_\_  
 non agonistica

**per l'atleta**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**per l'attività sportiva indicata (evidenziare la disciplina di interesse nella tabella sottostante)**

Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare
<input type="checkbox"/> Atletica leggera, Aerobica agonistica, Arrampicata sportiva, Badminton, Body Building, Bowling, Calcio, Ciclismo, Corsa di orientamento, Football americano, Ginnastica artistica, Ippica, kendo, Kick boxing (light contact e semi-contact), Cricket, Lotta, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Pattinaggio (artistico, corsa), Sci Alpinismo, Sci fondo, Sci nautico, Sport ghiaccio (Hockey, Velocità, Figura, Curling, Birilli), Squash, Sumo, Surf, Taekwon-do, Tamburello, Tiro alla fune, Trampolino elastico, Ultimate, Tennis, Windsurf. <b>Altri sport di squadra:</b> Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey ( su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela. <b>Altri sport individuali:</b> Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta greco-romana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroli, Sollevamento pesi, Sport equestri (attacchi, equitazione - cavalli, equitazione - pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B1</b>
<input type="checkbox"/> Biathlon, Pentathlon moderno.	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B2</b> 2 Esame audiometrico tonale 3 Visita otorinolaringoiatrica
<input type="checkbox"/> Pugilato - Wushu sanda, Savate, Muay Thai, Kick boxing (Low Kick, Thai/Kick), Shoot Boxe <b>LIGHT CONTACT</b>	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B3</b>
<input type="checkbox"/> Pugilato - Wushu sanda <b>full contact</b> Savate, Muay Thai, Kick boxing ( <b>full contact</b> , Low Kick, Thai/Kick), Shoot Boxe.	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B3</b> 2 Elettroencefalogramma (prima visita)

	<b>N.B.</b> Per le <b>DONNE</b> oltre agli esami riportati nella colonna affianco, sono previsti anche: 7 Accertamento cromosomico del sesso (alla prima visita) 8 ecografia mammaria 9 esame mammografico 10 visita senologica	3 Visita neurologica 4 Esame audiometrico tonale 5 Visita otorinolaringoiatrica 6 Visita oculistica
<input type="checkbox"/>	Bob, Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale, Skeleton, Slalom super-gigante, Slittino.	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B4</b>  2 Visita neurologica 3 Elettroencefalogramma (prima visita)
<input type="checkbox"/>	Slalom gigante e speciale, Carving, Freestyle, Sci d'erba, Snowboard, Telemark.	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B5</b>  2 Visita neurologica
<input type="checkbox"/>	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	1 Visita medico-sportiva <b>Tab. B6</b>  2 Visita otorinolaringoiatrica

Il Presidente dichiara di aver consegnato copia dei moduli da presentare in accettazione al Servizio di Medicina dello Sport il giorno della visita ("**Modulo dati anamnestici, modulo consenso informato e trattamento dati, modulo delega all'accompagnamento del minore**") al genitore/ esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta minorenni per la **presa visione e compilazione** prima della visita, o all'atleta maggiorenne.

#### INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Al sensi degli ARTT. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali conferiti sono trattati esclusivamente per LO SVOLGIMENTO DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA ALLO SPORT. I DATI, PREVIA ANONIMIZZAZIONE, POSSONO ESSERE TRATTATI ANCHE PER FINALITA' STATISTICA, SCIENTIFICA E DI RICERCA. La base giuridica che conferisce licità alle operazioni di trattamento è LO SVOLGIMENTO DI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma.  
Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it).

Data \_\_\_\_\_

  
Timbro della società sportiva italiana del presidente  
Associazione Sportiva Italiana  
Via Isola, 14 - 43125 PARMA  
C.F. 92046490340 - P.IVA 01814680342  
Cod. Un. M5UXCR1

**N.B.** Il presente modulo, correttamente compilato, firmato e timbrato è indispensabile per l'accesso alla prestazione.

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### Come prenotare visite ed esami

L'atleta, o un genitore per l'atleta minorenni può prenotare al numero verde 800.629.444

Gli atleti di età superiore ai 18 anni con disabilità possono prenotare la visita di idoneità telefonando o scrivendo una mail alla segreteria del Servizio di Medicina dello Sport della Casa della Salute in largo Natale Palli, 1, Parma. E' possibile telefonare al numero 0521 396680, secondo quanto riportato sul sito [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it); oppure scrivendo una e-mail all'indirizzo [medicinadello sport.parma@uasl.pr.it](mailto:medicinadello sport.parma@uasl.pr.it)

### Atleti minorenni

Il minore deve essere accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore/esercente la responsabilità genitoriale o da persona delegata (la modulistica è reperibile all'indirizzo web [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it))

### Atleti disabili

L'atleta disabile minore deve essere accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore/esercente la responsabilità genitoriale o da persona delegata (la modulistica è reperibile all'indirizzo web [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it)), o da eventuale altro accompagnatore (i.e. educatore, infermiere del servizio a cui afferisce in relazione alla disabilità).

L'atleta disabile deve portare con sé, il giorno della visita: documentazione attestante il grado di disabilità pari ad un terzo o superiore; l'eventuale piano terapeutico; la documentazione clinica più recente relativa alla disabilità (e.g. referti di visite di controllo, copia di cartella clinica).

### Cosa portare al momento della visita

- 1) Richiesta della Società sportiva, compilata in ogni campo, con timbro e firma del Presidente in originale o in forma digitale;
- 2) Documento d'identità dell'atleta.
- 3) Tessera sanitaria.
- 4) Referto esame urine, non antecedente 60 gg.
- 5) Modulo anamnestico in autocertificazione, compilato e firmato dall'atleta (se maggiorenne) o dal genitore / esercente la responsabilità genitoriale (in caso di minorenni) ed il consenso informato all'esecuzione della visita medica e relativi accertamenti.
- 6) eventuale modulo di delega e fotocopia in corso di validità del delegante
- 7) Libretto dello sportivo.
- 8) Referti delle visite e degli esami richiesti.

Si ricorda di

presentarsi alla visita medica con abbigliamento comodo (tuta, scarpette da ginnastica), non a digiuno.

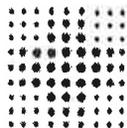
Evitare di presentarsi a visita se non in buone condizioni di salute (febbre, postumi di infortuni recenti, etc)

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni riportate di seguito:

Il campione urine va consegnato al laboratorio almeno 10 giorni prima della visita medica.

Per la corretta esecuzione dell'esame, è necessario raccogliere l'urina del mattino, appena svegli. Si ricorda che la raccolta del campione urine deve essere fatta a distanza di almeno 24-48 dall'ultimo allenamento/gara/sforzo fisico (l'esercizio fisico può alterare i dati dell'esame).

N.B. Le atlete devono eseguire l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7-10 giorni dal termine del ciclo)



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT PER MINORENNE:  
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI.**

Si richiede la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta.

**N.B. Si ricorda di essere presenti in ambulatorio 10 minuti prima dell'orario della visita**

**ISTRUZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE:** per ogni voce bisogna barrare con una X il NO oppure il SI, si prega di non lasciare in bianco nessuna voce, a meno di dubbi che possono essere chiariti dal medico al momento della visita.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

GENITORE/esercente la responsabilità genitoriale  
DELL'ATLETA \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ PR. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Codice Fiscale (dell'atleta): \_\_\_\_\_; C. d'identità (dell'atleta): \_\_\_\_\_

tel/cell. (del genitore/es. responsabilità genitoriale) \_\_\_\_\_; e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

In accordo con l'altro genitore (dal sottoscritto consultato)

Quella odierna è la <b>prima visita</b> di idoneità agonistica? NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso <b>altri centri</b> ? NO SI	E' mai risultato <b>non idoneo</b> ? NO SI Motivo:..... ..... .....
---	--	--

**1) Anamnesi familiare (informazioni sanitarie sulla famiglia:** genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati o sono affetti dalle malattie di seguito riportate):

Nel caso, indicare se l'atleta è stato adottato/in affido  , all'età di \_\_\_\_\_ anni

**I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI**

<b>Malattie di cuore:</b> NO SI Chi?	<b>Pressione alta:</b> NO SI Chi?	<b>Ictus:</b> NO SI Chi?	<b>Morti improvvise</b> NO SI Chi, a che età
<b>Aritmie:</b> NO SI Chi?	<b>Colesterolo alto:</b> NO SI Chi?	<b>Problemi renali:</b> NO SI Chi?	<b>Altro:</b> NO SI
<b>Infarto:</b> NO SI Chi?	<b>Diabete:</b> NO SI Chi?	<b>Problemi tiroidei:</b> NO SI Chi?	

**2) Anamnesi fisiologica (dati fisiologici dell'atleta):**

IN CASO DI VISITA SUCCESSIVA, I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Nato da parto: Naturale? NO SI Gemellare? NO SI Cesareo? NO SI Prematuro? NO SI	Età primo ciclo mestruale:... anni	Cicli di ritorno regolari NO SI Irregolari NO SI per periodicità NO SI per durata NO SI per quantità NO SI
Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI		

Dieta varia NO SI priva di latticini NO SI priva di glutine NO SI Altro..... ..... .....	Digestione: regolare NO SI lenta NO SI Bruciori gastrici NO SI Altro..... ..... .....	Alvo: regolare NO SI tendenzialmente stitico NO SI stitico NO SI diarroico NO SI Altro..... ..... .....
Diuresi fisiologica NO SI Minzione notturna >1 NO SI Altro..... ..... .....	Sonno: fisiologico NO SI Difficoltà nell'addormentamento NO SI Risvegli notturni NO SI Altro..... ..... .....	

**3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta:**

Fumo NO SI num. sig./die.....	Usa integratori NO SI <input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici <input type="checkbox"/> Altro..... .....	Assume farmaci: NO SI, specificare:..... ..... .....
Alcol NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso	Ore attività sportiva organizzata a settimana <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12	Ore attività fisica libera a settimana <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> più di 6
		Da quanti anni pratica attività sportiva organizzata?.....

**4)Anamnesi patologica (raccolta dati patologici riguardanti l'atleta):**

<p><b>Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie?</b> NO SI</p> <p>Eventualmente ha avuto:</p> <p>Varicella NO SI</p> <p>Parotite NO SI</p> <p>Mononucleosi NO SI</p> <p>a che età? .....</p> <p>Altro:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Malattie di cuore:</b> NO SI</p> <p>Soffio NO SI</p> <p>Valvole NO SI</p> <p>Aritmie NO SI</p> <p>Miocardite NO SI</p> <p>Pericardite NO SI</p> <p>Altro:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Malattie apparato respiratorio:</b> NO SI</p> <p>Tonsilliti: NO SI</p> <p>Sinusiti: NO SI</p> <p>Bronchiti:NO SI</p> <p>Polmoniti:NO SI</p> <p>Asma da sforzo: NO SI</p> <p>Asma allergico:NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Manifestazioni anomale durante attività sportiva:</b> NO SI</p> <p>Svenimenti NO SI</p> <p>Dispnea: NO SI</p> <p>Dolore al petto: NO SI</p> <p>Palpitazioni:NO SI</p> <p>Vertigini: NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p>
--	---	---	--

<p><b>Malattie intestino:</b>NO SI</p> <p>Salmonellosi NO SI</p> <p>M. Celiaco NO SI</p> <p>Gastrite NO SI</p> <p>Epatiti, quali:</p> <p>A NO SI</p> <p>B NO SI</p> <p>C NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Malattie renali:</b> NO SI</p> <p>Sangue nelle urine NO SI</p> <p>Proteine nelle urine NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Allergie:</b> NO SI</p> <p>Allergia cutanea NO SI</p> <p>Allergia respiratoria NO SI</p> <p>shock allergico NO SI</p> <p>Altro:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Apparato locomotore:</b></p> <p>Scoliosi NO SI</p> <p>Dorso Curvo NO SI</p> <p>Scapole alate NO SI</p> <p>Piede piatto NO SI</p> <p>Piede cavo NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--	--

<p><b>Apparato neurologico:</b></p> <p>Mal di testa NO SI</p> <p>Convulsioni NO SI</p> <p>Epilessia NO SI</p> <p>Trauma cranico NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>Malattie tiroide</b> NO SI</p> <p><b>Diabete</b> NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Febbre reumatica NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Anemia NO SI</p>	<p><b>Disturbi visivi</b> NO SI</p> <p>Miopia NO SI</p> <p>Astigmatismo NO SI</p> <p>Ipermetropia NO SI</p> <p>Visus corretto</p> <p>OD...../10</p> <p>OS...../10</p> <p>Difficoltà visione colori NO SI</p>	<p><b>Disturbi orecchio</b> NO SI</p> <p>Otiti NO SI</p> <p>Riduzione udito NO SI</p> <p>Sordità NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--	--	--

<b>Ricoveri per interventi chirurgici</b> NO SI	Adenoidi NO SI Tonsille NO SI Appendicite NO SI Ernia inguinale NO SI	Altri interventi NO SI, specificare:..... ..... .....
<b>Ha avuto traumi?</b> NO SI	Distorsioni NO SI, specificare:..... Fratture NO SI, specificare:..... Lesioni muscolari NO SI, specificare:..... Lesioni articolari NO SI, specificare:.....	
Alle precedenti visite mediche le hanno mai prescritto uno o più dei seguenti esami? <b>Ecocardiocolordoppler</b> NO SI, specificare:..... <b>Holter cardiaco delle 24 ore</b> NO SI, specificare:..... <b>Holter pressorio delle 24 ore</b> NO SI, specificare:..... <b>Test ergometrico massimale</b> NO SI, specificare:..... <b>RMN cardiaca</b> NO SI, specificare:..... Altro..... ..... .....		

**DICHIARA INOLTRE:**

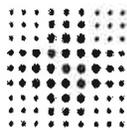
di aver riferito al medico tutte le informazioni relative alle condizioni psico-fisiche attuali e pregresse del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite per l'accertamento dell'idoneità agonistica allo sport;

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, e ,informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco, dall'abuso di alcol e dall'uso/pratiche di sostanze/pratiche dopanti, di adoperarsi per quanto possibile a non fargli/le fare uso di tabacco, bevande alcoliche, sostanze/pratiche dopanti.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o  
esercente responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_



## CONSENSO INFORMATO

### INFORMAZIONI SULLE MODALITA' DELLA VISITA MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA.

La visita prevede: raccordo anamnestico, visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza), controllo esame urine per presa visione del referto dell'esame, ECG a riposo e durante sforzo (per le discipline per cui è previsto) ed esame spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche nella **Tab. B**, la normativa prevede l'esecuzione del test da sforzo per la valutazione dell'apparato cardiovascolare.

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito, con monitoraggio elettrocardiografico in continuo (telemetria), utilizzando lo step test o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione anche della fase di recupero passivo dopo lo sforzo.

Lo **step test** consiste nel salire e scendere da un gradino (di altezza variabile, in relazione alla statura, età e genere dell'atleta) 30 volte al minuto, per tre minuti.

Il **test al cicloergometro** consiste nel pedalare con carichi crescenti (l'entità della resistenza imposta è in relazione ad età, genere e grado di allenamento riferito) per circa 10 minuti, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari allo 85% della massima teorica.

Il **test all'ergometro a manovella** (dedicato agli atleti che non hanno l'uso degli arti inferiori) consiste nel girare le manovelle con le braccia, con carichi crescenti (l'entità della resistenza imposta è in relazione ad età, genere e grado di allenamento riferito) per circa 10 minuti, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari al 75% della massima teorica.

Il test da sforzo può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Da quanto riportato nella letteratura scientifica, l'eventualità di morte improvvisa risulta assolutamente eccezionale. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). A fronte di tale evidenza scientifica, per la maggiore sicurezza dell'atleta, il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l'ECG a riposo. Inoltre, il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_

padre / madre / tutore di \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DICHIARA:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro e comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI, CHE HA BEN COMPRESO, ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, in accordo con l'altro genitore dal sottoscritto consultato, dichiara consapevolmente di

**ACCONSENTIRE**                       **NON ACCONSENTIRE**   
(barrare con una x la voce che interessa)

**all'esecuzione della visita medica come sopra descritta**

**INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi degli ARTT. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali conferiti sono trattati esclusivamente per LO SVOLGIMENTO DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA ALLO SPORT. I DATI, PREVIA ANONIMIZZAZIONE, POSSONO ESSERE TRATTATI ANCHE PER FINALITA' STATISTICA, SCIENTIFICA E DI RICERCA. La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è LO SVOLGIMENTO DI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma. Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile del genitore o  
esercente la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

\_\_\_\_\_

**NB.**

- 1) IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO.
- 2) I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE/ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/DELEGATO.
- 3) IN ASSENZA DEL GENITOR/ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/DELEGATO O DELLA MODULISTICA COMPLETA NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.