



PREPARAZIONE ALLA VISITA MEDICO SPORTIVA VISITA PER IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA

Foglio informativo per il paziente – Medical Group

Introduzione

Presso il Medical Group, forniamo le valutazioni necessarie per il rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva, sia agonistica che non agonistica. È fondamentale che la visita sia accurata e completa per garantire la tua sicurezza durante l'attività sportiva. Questa guida ti fornirà le informazioni essenziali e i documenti necessari per prepararti al meglio all'appuntamento, con particolare attenzione ai requisiti per i minori e alla documentazione richiesta.

1. Titolo della Prestazione

VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA

2. Descrizione Generale della Visita

La visita medico sportiva è un accertamento medico completo volto a stabilire l'idoneità fisica di un individuo (adulto o minore) alla pratica di un'attività sportiva. Il medico specialista in Medicina dello Sport valuterà la tua condizione di salute generale e specifica per lo sport che intendi praticare. Durante la visita, verranno eseguiti controlli clinici di base e strumentali (come l'elettrocardiogramma, talvolta sotto sforzo per l'agonismo) per assicurare la tua sicurezza nell'attività sportiva.

3. Obiettivi e Finalità della Visita

L'obiettivo principale della visita medico sportiva è:

- **Prevenzione:** Identificare eventuali condizioni fisiche che potrebbero rappresentare un rischio per la tua salute durante l'attività sportiva.
- **Rilascio del Certificato di Idoneità:** Rilasciare la certificazione necessaria per la pratica sportiva, come richiesto dalla normativa vigente.

LE SEDI DEL MEDICAL GROUP

Frosinone Via Armando Fabi, 41
Tel/Fax +39 0775.487906
Mobile +39 370.3251275
prenotazioni@f-medical.it
C.S. F-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 0300095060
Pec: fmedical@pec.it
www.f-medicalgroup.it
Aut.Reg. n.G00817 del 25/01/2024

Ceccano Via Gaeta I Traversa n.9
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 392.2625419
prenotazioni@kineticsportceccano.it
Kinetic Sport Ceccano s.r.l.s.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcenterceccano@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportceccano.it
Aut.Reg. n.G11140 del 03/10/2016

Castelliri Via Cona, 86
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 347.8479344
prenotazioni@kineticsportcastelliri.it
Kinetic Sport Center s.r.l.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcentersrl@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportcastelliri.it
Aut.Reg. n.G16914 del 15/12/2023

Arce Via Valle Snc
Tel/Fax +39 0776.1549937
Mobile +39 327.6999185
arcemedicalgroup@gmail.com
A-MEDICAL GROUP S.r.l. P.Iva:
03161310606 Pec: a-
medicalgroup@pec.it
www.a-medical.it
Aut.Reg. n.G11049 del 11/08/2022

Sora Via Attilio Roccatani 10-12
Tel/Fax +39 0776.1828287
Mobile +39 392.3417667
prenotazioni@s-medical.it
C.S. S-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 03239810603
Pec: s-medicalgroup@pec.it
www.s-medical.it
Aut.Reg. n. G11883 del 18/09/2025



4. Indicazioni e Requisiti

La visita è richiesta per chiunque intenda praticare attività sportiva organizzata, sia a livello agonistico che non agonistico. Requisiti e Condizioni Cruciali:

- **Modulistica Compilata:** Presentarsi con tutta la modulistica necessaria pre-compilata.
- **Documentazione Identificativa:** Avere a disposizione i documenti di identità richiesti.
- **Per i Minori:** La visita per i minori richiede la presenza di un genitore o un delegato e documentazione aggiuntiva.

5. Norme di Preparazione

Una scrupolosa adesione alle seguenti norme è indispensabile per la corretta esecuzione della visita e il rilascio del certificato.

Digiuno / Dieta / Idratazione

- **Digiuno:** Non è richiesto digiuno. Tuttavia, si consiglia di evitare pasti abbondanti nelle 2-3 ore precedenti la visita.
- **Evitare Sforzi Fisici:** Nelle 24 ore precedenti la visita, è consigliabile evitare attività fisica intensa per non alterare i parametri a riposo (es. frequenza cardiaca).

Gestione Farmacologica

- **Non sospendere alcun farmaco** che stai assumendo regolarmente, a meno di specifica indicazione del medico sportivo.
- **Elenco Farmaci:** Prepara un elenco chiaro e aggiornato di tutti i farmaci (con dosaggio e frequenza) che stai assumendo, inclusi integratori, fitoterapici o farmaci da banco.

Igiene Personale e Preparazione Specifica

- **Igiene Normale:** Effettua la normale igiene personale.
- **Pelle Libera da Prodotti:** Non applicare creme o oli sulla pelle il giorno della visita, specialmente sul torace per l'esecuzione dell'elettrocardiogramma.
- **Urine:** Porta un campione delle prime urine del mattino in un contenitore sterile.

LE SEDI DEL MEDICAL GROUP

Frosinone Via Armando Fabi, 41
Tel/Fax +39 0775.487906
Mobile +39 370.3251275
prenotazioni@f-medical.it
C.S. F-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 0300095060
Pec: fmedical@pec.it
www.f-medicalgroup.it
Aut.Reg. n.G00817 del 25/01/2024

Ceccano Via Gaeta I Traversa n.9
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 392.2625419
prenotazioni@kineticsportceccano.it
Kinetic Sport Ceccano s.r.l.s.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcenterceccano@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportceccano.it
Aut.Reg. n.G1140 del 03/10/2016

Castelliri Via Cona, 86
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 347.8479344
prenotazioni@kineticsportcastelliri.it
Kinetic Sport Center s.r.l.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcentersrl@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportcastelliri.it
Aut.Reg. n.G16914 del 15/12/2023

Arce Via Valle Snc
Tel/Fax +39 0776.1549937
Mobile +39 327.6999185
arcedmedicalgroup@gmail.com
A-MEDICAL GROUP s.r.l. P.Iva:
03161310606 Pec: a-
medicalgroup@pec.it
www.a-medical.it
Aut.Reg. n.G11049 del 11/08/2022

Sora Via Attilio Roccatani 10-12
Tel/Fax +39 0776.1828287
Mobile +39 392.3417667
prenotazioni@s-medical.it
C.S. S-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 03239810603
Pec: s-medicalgroup@pec.it
www.s-medical.it
Aut.Reg. n. G11883 del 18/09/2025



Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

6. Modalità di Accesso e Abbigliamento

- Orario di presentazione: Ti preghiamo di presentarti in accettazione con 10-15 minuti di anticipo rispetto all'orario fissato.
- Documenti da portare:
 - o Documento di identità valido (anche del minore, se in possesso, e del delegato/delegante).
 - o Tessera sanitaria.
 - o Modulo "RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT" compilato e firmato dalla società sportiva. Assicurati che contenga i dati della società sportiva e dell'atleta, e che sia presente il timbro e la firma del responsabile.
 - o Per i Minori:
 - Modulo "DELEGA PER VISITA MEDICA SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA PER MINORE" (se il minore non è accompagnato da un genitore ma da un delegato). Questo modulo deve essere compilato con i dati del delegato, del genitore delegante e del minore.
 - Fotocopie dei documenti di identità del Delegato, del Delegante e, se in possesso, del Minore. Questa documentazione è necessaria al fine del rilascio del certificato.
 - Firma del dichiarante o dell'esercente la potestà genitoriale sul modulo di richiesta visita, in cui si dà il consenso all'effettuazione degli accertamenti di idoneità.
 - o Dichiarazione sull'idoneità psico-fisica e sui farmaci: Il modulo include una autodichiarazione sulle condizioni psico-fisiche, assenza di precedenti non idoneità, impegno a non usare droghe e consapevolezza sui pericoli di fumo e alcol. È richiesto il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della legge sulla privacy. Questa parte deve essere firmata dal dichiarante o dall'esercente la potestà genitoriale.
- Come vestirsi: Indossa abbigliamento comodo e sportivo, che permetta di eseguire agevolmente gli esami (es. maglietta e pantaloncini o tuta).

LE SEDI DEL MEDICAL GROUP

Frosinone Via Armando Fabi, 41
Tel/Fax +39 0775.487906
Mobile +39 370.3251275
prenotazioni@f-medical.it
C.S. F-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 0300095060
Pec: fmedical@pec.it
www.f-medicalgroup.it
Aut.Reg. n.G00817 del 25/01/2024

Ceccano Via Gaeta I Traversa n.9
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 392.2625419
prenotazioni@kineticsportceccano.it
Kinetic Sport Ceccano s.r.l.s.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcenterceccano@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportceccano.it
Aut.Reg. n.G11140 del 03/10/2016

Castelliri Via Cona, 86
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 347.8479344
prenotazioni@kineticsportcastelliri.it
Kinetic Sport Center s.r.l.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcentersrl@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportcastelliri.it
Aut.Reg. n.G16914 del 15/12/2023

Arce Via Valle Snc
Tel/Fax +39 0776.1549937
Mobile +39 327.6999185
arcedmedicalgroup@gmail.com
A-MEDICAL GROUP S.r.l. P.Iva:
03161310606 Pec: a-
medicalgroup@pec.it
www.a-medical.it
Aut.Reg. n.G11049 del 11/08/2022

Sora Via Attilio Roccattani 10-12
Tel/Fax +39 0776.1828287
Mobile +39 392.3417667
prenotazioni@s-medical.it
C.S. S-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 03239810603
Pec: s-medicalgroup@pec.it
www.s-medical.it
Aut.Reg. n. G11883 del 18/09/2025



7. Documentazione Aggiuntiva da Portare

È utile portare:

- Referti di eventuali esami cardiologici precedenti (es. ECG, Ecocardiogramma).
- Eventuali referti di visite specialistiche per patologie croniche (es. asma, diabete).
- Documentazione relativa a interventi chirurgici o traumi significativi.
- Un elenco aggiornato di eventuali allergie.

8. Dopo la Procedura

- Esito della Visita: Al termine della visita, il medico valuterà i risultati e ti informerà sull'esito dell'idoneità.
- Rilascio del Certificato: Se idoneo, verrà rilasciato il certificato di idoneità alla pratica sportiva.
- Consigli: Il medico potrà fornire consigli personalizzati sulla tipologia di attività fisica più adeguata e sulle eventuali precauzioni da adottare.

9. Contatti Utili

In caso di dubbi sulla preparazione o sulla documentazione, o per qualsiasi necessità di disdire/spostare l'appuntamento, non esitare a contattarci.

- prenotazioni@medicalgroupitalia.it
- Per una prenotazione immediata invia un messaggio con il tuo nome e cognome al +39 370 32 51 275 e sarai subito contattato.

LE SEDI DEL MEDICAL GROUP

Frosinone Via Armando Fabi, 41
Tel/Fax +39 0775.487906
Mobile +39 370.3251275
prenotazioni@f-medical.it
C.S. F-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 0300095060
Pec: fmedical@pec.it
www.f-medicalgroup.it
Aut.Reg. n.G00817 del 25/01/2024

Ceccano Via Gaeta I Traversa n.9
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 392.2625419
prenotazioni@kineticsportceccano.it
Kinetic Sport Ceccano s.r.l.s.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcenterceccano@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportceccano.it
Aut.Reg. n.G11140 del 03/10/2016

Castelliri Via Cona, 86
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 347.8479344
prenotazioni@kineticsportcastelliri.it
Kinetic Sport Center s.r.l.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcentersrl@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportcastelliri.it
Aut.Reg. n.G16914 del 15/12/2023

Arce Via Valle Snc
Tel/Fax +39 0776.1549937
Mobile +39 327.6999185
arcemedicalgroup@gmail.com
A-MEDICAL GROUP S.r.l. P.Iva:
03161310606 Pec: a-medicalgroup@pec.it
www.a-medical.it
Aut.Reg. n.G11049 del 11/08/2022

Sora Via Attilio Roccatani 10-12
Tel/Fax +39 0776.1828287
Mobile +39 392.3417667
prenotazioni@s-medical.it
C.S. S-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 03239810603
Pec: s-medicalgroup@pec.it
www.s-medical.it
Aut.Reg. n. G11883 del 18/09/2025



FAQ - Domande Frequenti sulla Visita Medico Sportiva

D: Cosa succede se il minore non è accompagnato da un genitore? R: Se il minore non è accompagnato da un genitore, è obbligatorio che sia presente un delegato e che venga consegnato il modulo di delega compilato e firmato dal genitore, insieme alle fotocopie dei documenti di identità del delegato, del genitore delegante e, se in possesso, del minore. Questa documentazione è necessaria per il rilascio del certificato.

D: Devo portare la richiesta della società sportiva? R: Sì, è fondamentale portare il modulo "RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT" compilato in tutte le sue parti dalla società sportiva, con timbro e firma del responsabile. **D: Posso fare attività fisica il giorno prima della visita?** R: È consigliabile evitare attività fisica intensa nelle 24 ore precedenti la visita per non alterare i parametri cardiaci a riposo.

D: Quanto dura la visita? R: La durata della visita può variare, ma include diverse fasi (anamnesi, esame obiettivo, ECG, test da sforzo se agonistica, ecc.), quindi è bene prevedere un tempo adeguato. **D: Devo dichiarare se ho usato droghe o sono informato sui pericoli di fumo e alcol?** R: Sì, il modulo di autodichiarazione che firmerai include una sezione in cui dichiarare di non fare uso di droghe riconosciute illegali e di essere stato informato sui pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcol.

Tutte le indicazioni riportate devono essere sempre condivise con il proprio medico curante o con lo specialista in Medicina dello Sport per adattamenti clinici personalizzati.

Il personale sanitario Medical Group è formato per gestire ogni eventuale reazione avversa secondo le linee guida nazionali e aziendali vigenti.

Via Armando Fabi 41, 03100 Frosinone +39 370 32 51 275 0775 487906 prenotazioni@f-medical.it Dir.San.
Dott. Giovanni Cirillo O.d.M. FR n.995 La Salute a Frosinone www.medicalgroupitalia.it
www.f-medicalgroup.it Aut.Reg. n. G00817 del 25/01/2024

LE SEDI DEL MEDICAL GROUP

Frosinone Via Armando Fabi, 41
Tel/Fax +39 0775.487906
Mobile +39 370.3251275
prenotazioni@f-medical.it
C.S. F-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 0300095060
Pec: fmedical@pec.it
www.f-medicalgroup.it
Aut.Reg. n.G00817 del 25/01/2024

Ceccano Via Gaeta I Traversa n.9
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 392.2625419
prenotazioni@kineticsportceccano.it
Kinetic Sport Ceccano s.r.l.s.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcenterceccano@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportceccano.it
Aut.Reg. n.G1140 del 03/10/2016

Castelliri Via Cona, 86
Tel/Fax +39 0775.1851077
Mobile +39 347.8479344
prenotazioni@kineticsportcastelliri.it
Kinetic Sport Center s.r.l.
P.Iva: 02759970607
Pec: kineticsportcentersrl@pec.it
kineticsportcenter@gmail.com
www.kineticsportcastelliri.it
Aut.Reg. n.G16914 del 15/12/2023

Arce Via Valle Snc
Tel/Fax +39 0776.1549937
Mobile +39 327.6999185
arcedmedicalgroup@gmail.com
A-MEDICAL GROUP S.r.l. P.Iva:
03161310606 Pec: a-
medicalgroup@pec.it
www.a-medical.it
Aut.Reg. n.G11049 del 11/08/2022

Sora Via Attilio Roccattani 10-12
Tel/Fax +39 0776.1828287
Mobile +39 392.3417667
prenotazioni@s-medical.it
C.S. S-MEDICAL GROUP S.C. a.r.l.
P.Iva: 03239810603
Pec: s-medicalgroup@pec.it
www.s-medical.it
Aut.Reg. n. G11883 del 18/09/2025

DELEGA PER VISITA MEDICA SPORTIVA AGONISTICA E NON AGONISTICA PER MINORE

Io Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____ a
_____ prov. (____) Residente a _____ in via
_____ Cod. Fiscale _____ n. Tel _____

SONO STATO DELEGATO

Dal Genitore _____ Nato/a il _____ a
_____ prov. (____) Residente a _____ in via
_____ Cod. Fiscale _____ n. Tel _____
_____ Documento d'identità _____

Del minore _____ Nato/a il _____ a
_____ prov. (____) Residente a _____ in via
_____ Cod. Fiscale _____ Documento
d'identità _____

AD EFFETTUARE LA VISITA MEDICO SPORTIVA PRESSO _____ IL GIORNO _____
DA ALLEGARE FOTO DEL DOCUMENTO DEL:

DELEGATO;

DELEGANTE;

DEL MINORE (SE IN POSSESSO).

Tale documentazione è necessaria al fine del rilascio del certificato.

Firma Delegante _____ Firma Delegato _____

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

AGONISTICO ☐ - NON AGONISTICO ☐

(D.M. 18/2/1982; Circ. Min. Sanità 31/1/1983; Circ. n. 31 Regione Lazio 27/7/1999)

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via.....

N°..... Città C.A.P.

Telefono.....Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA ☐ - NON AGONISTICA ☐

DELLO SPORT

Per l'ATLETA:

COGNOME.....NOME.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.U. 2004

Il sottoscritto

minore

effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

(esercitante la potestà genitoriale sul

) dà il consenso alla

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVERE INFORMATO ESATTAMENTE IL MEDICO DELLE MIE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE, DELLE AFFEZIONI PRECEDENTI E DI NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO - SPORTIVE DI LEGGE. INOLTRE MI IMPEGNO A NON FARE USO DI DROGHE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'USO DI ALCOOL.

ESPRIMO INOLTRE, AI SENSI DELLA ATTUALE LEGGE SULLA PRIVACY, IL CONSENSO A TRATTARE I MIEI DATI, PERSONALI E SENSIBILI, PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA MIA RICHIESTA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA, SECONDO LE MODALITÀ E LE PROCEDURE PREVISTE DALLE LEGGI SULLA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la potestà genitoriale

.....

Data.....