

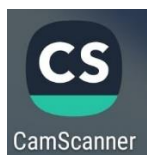


Creazzo 03/09/2021

## OGGETTO: CERTIFICATI MEDICI

A partire dal 01/01/2021 ci saranno cambiamenti per la gestione dei certificati medici; questi verranno validati direttamente da DATAHEALTH quindi bisognerà anticipare la visita prima della scadenza altrimenti si rischia di non poter praticare l'attività. Vi sarà inviata una mail direttamente dal sistema circa un mese prima, in ogni caso la scadenza del certificato è sotto la vostra responsabilità!

Inviare copia del certificato medico esclusivamente in formato PDF alla mail [certificatimedici@bmxcreazzo.it](mailto:certificatimedici@bmxcreazzo.it) se non in possesso di scanner usare app apposite scaricabili sullo smartphone come ad esempio CamScanner.



Successivamente bisognerà consegnare l'originale.

## CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO:

Questo certificato è richiesto a tutti i tesserati che abbiano compiuto gli 8 anni o che siano comunque nell'anno del compimento. Il certificato deve portare se possibile la dicitura CICLISMO/BMX.

Oltre alla nostra voce CICLISMO/BMX possono essere accodati altri sport praticati. Importante che il timbro e la firma del documento siano ben chiari.



## CERTIFICATO MEDICO NON AGONISTICO:

Questo certificato è richiesto a tutti i tesserati fino ai 7 anni o che siano nell'anno del compimento. Bisogna usare il modulo scaricabile dal nostro sito [www.bmxcreazzo.it](http://www.bmxcreazzo.it) nella pagina "documenti". Importante che il timbro e la firma del documento siano ben chiari.

Documento scaricabile:

### Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

DECRETO MINISTERO della SALUTE- 08 agosto 2014

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo.....

Data.....

Firma del medico certificatore (obbligatoria)

Timbro del medico certificatore (obbligatorio)



**Ambulatori associati:**

+HUB Bio.Gea.srl Via Fabiani n°10 36100 Vicenza Tel: 0444251922

C.M.P. Centro Medico Polispecialistico Via Vincenzo Gioberti n°46 36030 Costabissara (VI)  
Tel: 0444971173

G.M POLIAMBULATORIO Via Zamenhof n°829 36100 Vicenza Tel: 0444910220