

ACCERTAMENTI PER IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome e Nome (dell'atleta)

Nato/a a (prov.) il .../.../.....

Residente a (prov.)

in via n°

CAP

Telefono

E-mail

Ultima Idoneità Sportiva (Anno e Sede)

Sport praticato

Codice Fiscale

ANAMNESI FAMILIARE *Indicare se uno o più familiari (genitori, nonni, fratelli/sorelle) sono stati affetti dalle seguenti malattie:*

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| ➤ patologie cardiologiche <input type="checkbox"/> | ➤ tumori <input type="checkbox"/> | ➤ morti improvvise <input type="checkbox"/> |
| ➤ ipertensione <input type="checkbox"/> | ➤ obesità <input type="checkbox"/> | |
| ➤ diabete <input type="checkbox"/> | ➤ asma <input type="checkbox"/> | |

ANAMNESI FISIO-PATOLOGICA *Indicare se si è (o si è stati) affetti dalle seguenti malattie:*

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| ➤ fumatore <input type="checkbox"/> | ➤ parotite (orecchioni) <input type="checkbox"/> | ➤ bronchite <input type="checkbox"/> | ➤ epilessia <input type="checkbox"/> |
| - n° sigarette/dí | ➤ pertosse <input type="checkbox"/> | ➤ polmonite <input type="checkbox"/> | ➤ diabete <input type="checkbox"/> |
| ➤ assume alcolici <input type="checkbox"/> | ➤ scarlattina <input type="checkbox"/> | ➤ allergie <input type="checkbox"/> | ➤ ipertensione <input type="checkbox"/> |
| - frequenza | ➤ tubercolosi <input type="checkbox"/> | ○ a cosa..... | ➤ malore per <input type="checkbox"/> |
| ➤ morbillo <input type="checkbox"/> | ➤ epatite <input type="checkbox"/> | ➤ asma <input type="checkbox"/> | sforzo fisico |
| ➤ varicella <input type="checkbox"/> | ➤ otite <input type="checkbox"/> | ➤ svenimenti <input type="checkbox"/> | ➤ pregresso COVID <input type="checkbox"/> |
| ➤ rosolia <input type="checkbox"/> | ➤ sinusite <input type="checkbox"/> | ➤ vertigini <input type="checkbox"/> | |

Interventi chirurgici

..... ANNO

..... ANNO

Infortunati – fratture

..... ANNO

..... ANNO

Altre patologie rilevanti

.....

Attualmente assume farmaci NO SI → quali?

Con la presente, dichiaro sotto la propria responsabilità che le notizie fornite sono complete e veritiere.

Dichiaro inoltre di avere informato il medico circa le mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (ai sensi del Regolamento UE 2016/679), esclusivamente a fini di diagnosi e cura, al Dott. RUGGIERI ANDREA.

Data

Firma

DATI DEL GENITORE *(in caso di atleta minorenni)*

Sig./Sig.ra nato/a a (prov.) il .../.../.....

Barrare in caso di NON consenso al caricamento dei dati di fatturazione sul portale del Sistema Tessera Sanitaria