

Da compilarsi in modo dettagliato a cura
dell'atleta o, se minorenne,
di uno dei genitori o chi per loro

COGNOME E NOME: _____ **TELEFONO/CELL.:** _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA (VIA E CITTA'): _____

EMAIL: _____

Ha mai fatto visite sportive agonistiche? _____

Ha mai fatto visite o accertamenti cardiologici? _____

Ha o ha avuto genitori, nonni, fratelli o sorelle con queste patologie? (se sì, specificare la parentela)

Infarto _____

Ictus _____

Ipertensione arteriosa _____

Diabete _____

Colesterolo alto _____

Morte improvvisa GIOVANILE _____

Ha mai avuto malattie di una certa importanza?

E' mai stato sottoposto/a a interventi chirurgici?

Ha mai avuto traumi rilevanti?

Ha mai avuto disturbi da sforzo che l'hanno particolarmente preoccupato/a?

Sta assumendo farmaci?

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato il medico nel modo più completo e veritiero per quanto chiestogli sopra. Dichiara di avere pienamente recepito i rischi e i benefici di eventuali accertamenti richiesti. Dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'equipe medico-sportiva e dei collaboratori di questo ambulatorio (documento stilato nel rispetto della legge 196/2003).

Data: _____

Firma _____