



U.O.S.D. Attività Motoria e Prescrizione Esercizio Fisico

Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

SEDE DI SAN BONIFACIO

TEL.045.6138370- FAX.045.6138556- Mail: medicina_sport@aulss9.veneto.it

Cognome e Nome _____ nato a _____ il _____
 Residente in _____ Via _____ n° _____ Telefono _____
 Tessera Sanitaria _____ U.L.S.S. n. _____ Codice Fiscale _____
 Visita medico-sportiva precedente eseguita a _____ il _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (barrare la casella con il tipo di malattia dalla quale sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito: nonni, genitori, fratelli, sorelle e zii)

Malattie di cuore (*)	NO	SI	_____	Asma	NO	SI	_____
Iperensione	NO	SI	_____	Malattie Allergiche	NO	SI	_____
Morte improvvisa giovanile	NO	SI	_____	Tumori	NO	SI	_____
Diabete	NO	SI	_____	Malattie tiroidee	NO	SI	_____
Dislipidemia (colesterolo trigliceridi)	NO	SI	_____	Altro			_____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

• **Malattie sofferte** (barrare le caselle ed indicare il tipo ove richiesto)

Malattie esantematiche	NO	SI	_____	Malattie di cuore (*)	NO	SI	_____
Epatite virale	NO	SI	_____	Malattie renali	NO	SI	_____
Febbre reumatica	NO	SI	_____	Malattie intestinali	NO	SI	_____
Polmonite	NO	SI	_____	Diabete (tipo 1/tipo2)	NO	SI	_____
Pleurite	NO	SI	_____	Malattie tiroidee	NO	SI	_____
Allergie	NO	SI	_____				_____
Asma	NO	SI	_____	Ricoveri ospedalieri	NO	SI	_____
Epilessia	NO	SI	_____	Altro			_____
Anemia	NO	SI	_____				_____

(*) Cardiopatia ischemica (infarto,angina), cardiomiopatia ipertrofica, dilatativa, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro; Sindrome di Brugada, Sindrome del QT lungo o corto; aritmie, malattie valvolari, malattie congenite; interventi cardiaci o all'aorta; pacemaker o defibrillatore impiantato.

• **Sintomi**

Perdita dei sensi	NO	SI	_____	Dolore toracico	NO	SI	_____
Palpitazioni	NO	SI	_____	Difficoltà respiratorie	NO	SI	_____
Battito irregolare	NO	SI	_____	Altro			_____

• **Traumi**

NO SI (fratture; tr. cranico) _____

• **Interventi chirurgici**

Tonsille	NO	SI	_____	Ernia inguinale	NO	SI	_____
Appendice	NO	SI	_____	Fimosi	NO	SI	_____
Adenoidi	NO	SI	_____	Altro			_____

• **Assume farmaci**

NO SI quali _____
motivo _____

• **Fa uso di** Occhiali

NO	SI
NO	SI

Per Miopia

NO	SI
NO	SI

 Astigmatismo

NO	SI
NO	SI

 Lenti corneali

NO	SI
NO	SI

 Ipermetropia

NO	SI
NO	SI

 Strabismo

NO	SI
NO	SI

• **E' in regola con la vaccinazione antitetanica:**

NO

SI

PROVVEDERA'

• **Dichiarato non idoneo in visite medico-sportive precedenti**

NO
SI

 in che sede _____ e per quale motivo _____

Il sottoscritto _____ genitore di _____ dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere; dichiara inoltre che il ragazzo **NON** è stato sottoposto ad accertamenti per il rilascio dell'attestato di idoneità sportiva agonistica negli ultimi dodici mesi.

Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy (D. Lgs n.196/2003) il consenso a trattare i dati del ragazzo personali e sensibili e alla consultazione della documentazione pregressa, per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Data _____

Firma leggibile _____

All.1

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
 nato a _____ il __/__/____ e residente in _____

attesta

di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.

di non aver avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede,

 [data e firma]

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.

2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.