

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA s.r.l.

23824 DERVIO (LC) - Via P.G. Rubini, 11

Tel. 0341 850 884 - Fax 0341 806 752 - E-mail: segreteria@centromedicinasportiva.it

Legalmente riconosciuto D.P.G.R. N. 8818 del 25-5-87 ed accreditato

Codice Fiscale e Partita IVA: 01620970135

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO - SPORTIVA (dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: _____ Nome: _____ Nato a: _____ il: _____

Residente a: _____ in via/piazza: _____

Domande riferite all'ATLETA che effettua la visita	Domande riferite ai FAMILIARI dell'atleta (genitori, fratelli, nonni)
Soffri o hai sofferto di malattie come:	C'è qualcuno in famiglia che soffra o abbia sofferto di:
Malattie cardiache <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Infarto o cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Malattie neurologiche o epilessia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì chi? _____
Iperensione arteriosa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altre malattie di cuore <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabete mellito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì chi? _____
Asma grave o da sforzo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Morte improvvisa giovanile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Interventi chirurgici subiti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì chi? _____
se sì quali? _____	Iperensione arteriosa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Infortunati rilevanti o fratture <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì chi? _____
se sì quali? _____	Diabete mellito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Altro _____	Se sì chi? _____
Attualmente o sei in cura con dei farmaci?	Altro _____
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
se sì quali e perché? _____	
Fumi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se sì quante sigarette al giorno? _____	
Porti occhiali o lenti a contatto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Data ultima mestruazione (per le donne) _____	

Dichiarazione: tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, da un genitore o da un accompagnatore responsabile.

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle 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. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool (dichiarazione ai sensi del D.M. 18.2.92).

Data _____

Firma _____

CONSENSO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 – Cod. Privacy D. L. 196/03

Preso atto dell'informativa a me resa, ed in particolare dei diritti a me riconosciuti dall'art. 7 della Legge 196/2003 acconsento:

- Al trattamento, comunicazione e diffusione dei miei dati personali, da parte del Centro per le finalità e con le modalità dell'informativa e comunque nello svolgimento della propria attività;
- Alla comunicazione, alla diffusione ed al trattamento dei miei dati personali anche da parte di persone fisiche o giuridiche che vi forniscono specifici servizi elaborativi o che svolgono attività strumentali o di sviluppo;
- Al trattamento dei miei dati personali tramite l'utilizzo di strumenti automatici idonei a collegare i dati stessi anche a dati di altri soggetti, in base a criteri qualitativi e temporali, ricorrenti o definibili di volta in volta.

Data _____

Firma _____