

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – S.C. SISP**  
**S.S.MEDICINA DELLO SPORT**

**DICHIARAZIONE (DATI DI CHI E' SOTTOPOSTO/A A VISITA)**

Il / la Sottoscritto /a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Nato / a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Dichiara che : quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che non è mai stato giudicato non idoneo in precedenti visite per l' idoneità agonistica. Inoltre si impegna a non fare uso di droghe riconosciute illegali e da atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. (ex D.M.18/02/1982)

Tra i famigliari , qualcuno ha sofferto , o soffre di :

Patologie dell'apparato cardiocircolatorio ( infarto, ipertensione, etc.) NO SI \_\_\_\_\_

Diabete NO SI \_\_\_\_\_

Patologie endocrine (malattie della Tiroide, Surrene, Ipofisi ) NO SI \_\_\_\_\_

Malattie ereditarie NO SI \_\_\_\_\_

Morte improvvisa NO SI \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre :

Di aver superato le comuni malattie infantili SI NO \_\_\_\_\_

Di essere o essere stato affetto da :

Patologie dell'apparato respiratorio NO SI \_\_\_\_\_

Patologie dell'apparato cardiocircolatorio NO SI \_\_\_\_\_

Patologie neuropsichiatriche NO SI \_\_\_\_\_

Epilessia NO SI \_\_\_\_\_

Malattie del sangue NO SI \_\_\_\_\_

Lesioni e/o patologie dell'apparato muscolo-scheletrico NO SI \_\_\_\_\_

Patologie dell'apparato urinario NO SI \_\_\_\_\_

Di fare o di aver fatto uso di sostanze psicoattive NO SI \_\_\_\_\_

Di aver subito interventi chirurgici NO SI \_\_\_\_\_

Di assumere farmaci NO SI \_\_\_\_\_

Di bere alcolici NO SI \_\_\_\_\_

Di fumare NO SI \_\_\_\_\_

Altre malattie \_\_\_\_\_

Di essere risultato idoneo al servizio di leva SI NO \_\_\_\_\_

Di aver avuto le prime mestruazioni all'età di \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre :

di praticare lo sport : \_\_\_\_\_ a livello agonistico /non agonistico per  
\_\_\_\_\_ volte alla settimana c/o la società sportiva \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_

di praticare altri sport NO SI \_\_\_\_\_

Esprime consenso all'utilizzo dei dati a fini statistici e scientifici ed alla effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva .

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_



www.regione.piemonte.it/sanita



una sanità in salute Fa bene a tutti

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci ( se minorenne )

ASL TO3 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - S. C. SISP - S.S. MEDICINA DELLO SPORT

RESPONSABILE DOTT. ALBERTO ALBERTETTI

INDIRIZZO: VIA TORINO N° 1 10093 COLLEGNO (TO) - TELEFONO: 011/4017084-087 (AMBULATORIO) 011/4017086-061-289 (SEGRETERIA)

FAX: 011/4017834 - E-MAIL: [medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it](mailto:medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it)

INDIRIZZO: VIA BIGNONE N° 15 - 10064 PINEROLO (TO) -TELEFONO: 0121/235436/5438/5440 - FAX: 0121/397683

E-mail: [medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it](mailto:medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it)