

	<b>M MS 002</b> <b>DICHIARAZIONE ANAMNESTICA</b> <b>E</b> <b>CONSENSO (pag. 1/2)</b>	Data di emissione: 21/11/2022  Revisione n° 8 Approvato ed emesso in originale
--	---	--

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**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 \_\_\_\_\_ Dichiaro 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 \_\_\_\_\_

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



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)

ASL TO3 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

**S.S. MEDICINA DELLO SPORT**

indirizzo: COLLEGNO VIA TORINO 1- 0114017097/087-fax 0114017834-email:  
medicinasport.collegno@aslto3.piemonte.it  
PINEROLO VIA BIGNONE 15 0121235440-436- medicinasport.pinerolo@aslto3.piemonte.it