

Se si specificare il motivo del ricovero

Ha mai subito Fratture ☐ Distorsioni ☐

Se sì indicare quali

Ha problemi di vista? NO ☐ SI' ☐

Se sì indicare quali

Soffre di qualche patologia? NO ☐ SI' ☐

Diabete ☐ Ipertensione ☐ Ipercolesterolemia ☐ Altro ☐

Assume farmaci? NO ☐ SI' ☐ Se sì indicare quali

E' allergico a farmaci? NO ☐ SI' ☐ Se sì indicare quali

Fuma? NO ☐ SI' ☐ N° sigarette al giorno

Beve Alcoolici? NO ☐ SI' ☐ Quantità al giorno

E' stato sottoposto ad accertamenti di II livello in precedenti visite sportive? NO ☐ SI' ☐

Se sì Ecocardio ☐ Holter EGC ☐ Altro ☐

Attualmente STA BENE? SI' ☐ NO ☐

Se no specificare i problemi

Attualmente pratica regolarmente attività sportiva? SI' ☐ NO ☐ Quante volte alla settimana?

Io sottoscritto

- dichiaro di aver informato il medico delle mie condizioni di salute attuali e pregresse,
- dichiaro che non sono mai stato dichiarato NON IDONEO,
- dichiaro che NON ho in corso SOSPENSIONI o che NON sono in attesa di giudizio da parte di un altro Centro Medico-Sportivo.

Mi impegno a NON fare uso di droghe riconosciute illegali e di sostanze o pratiche definite doping.

Il sottoscritto acconsente ad essere sottoposto agli accertamenti proposti.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato pienamente informato delle motivazioni che inducono a praticare l'accertamento proposto, le sue finalità conoscitive e la natura dei rischi che possono verificarsi durante l'accertamento stesso o in conseguenza di esso.

Se maggiorenne **Firma dell'atleta**
Se minorenni **Firma del genitore o esercente la patria potestà**

Data

Data **Firma del medico presa visione**