

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 : **Tennis** _____ a livello agonistico /non agonistico per
_____ volte alla settimana c/o la società sportiva **Asd sport4friends** _____
sita in Torino, Rivoli e Avigliana

di praticare altri sport NO SI _____

La richiesta incompleta , non darà diritto alla prenotazione.

Gli atleti dovranno presentarsi alla visita muniti di documento di riconoscimento.

Gli atleti che non si presentano ad effettuare le prestazioni senza provvedere a comunicare disdetta entro i due giorni lavorativi precedenti, DOVRANNO PROVVEDERE AL PAGAMENTO DELLA QUOTA CORRISPONDENTE ALL'INTERO COSTO DELLA PRESTAZIONE. (D.G. R. 14-10073 DEL 28.07. 03).

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 minorenne)



www.regione.piemonte.it/sanita

ASL TO3 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - S.C. SISP - DIRETTORE: Dott.ssa Angela GALLONE

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

ASL TO3 – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA