



M MS 002
DICHIARAZIONE ANAMNESTICA
E
CONSENSO (pag. 1/2)

Data di emissione:
08/03/2021

Revisione n° 4
Approvato ed emesso in
originale

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 _____

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 _____

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



ASL TO3 – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
REFERENTE S.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica: Dr. 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

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data e Luogo

L'interessato *

** in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale*

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport



A.S.L. TO3

Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

COLLEGNO
Via Marlini XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40177

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

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

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
Residente _____ CAP _____ Citta' _____
Codice Fiscale _____ Documento n. _____
Rilasciato da _____ il _____

DELEGA

Il/la sig. _____ nato/a _____ il _____
Residente _____ CAP _____ CITTA' _____
CODICE FISCALE _____ DOCUMENTO N. _____
RISALSCIATO DA _____ IL _____

AD:

(Indicare il tipo di operazione per cui si delega)

Luogo e data:

il DELEGANTE:

- ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DEL DELEGANTE
- IL DELEGATO DEVE PRESENTAREI CON IL DOCUMENTO VALIDO

Allegato B

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiarato **Idoneo/a** alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____

in data _____ dal Dott. _____

DICHIARO

di aver riscontrato positività al COVID-19 (anche in assenza di sintomi) in data _____

Data e Luogo

L'interessato *

** in caso di minore, è necessaria la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale*

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport