

**Autocertificazione per Visita di idoneità Sportiva****Informazioni sul cliente**

Cognome

Nome

Data e luogo di Nascita

Città di residenza

Indirizzo

Documento di identità

Codice fiscale

e-mail (necessaria per l'invio del certificato)

Cellulare

Sport per cui si richiede il certificato

Società

Altri sport praticati

Visita specificare AGONISTICA O NON AGONISTICA

STORIA CLINICA

FAMIGLIARITA' PER : (casi in famiglia fino ai nonni. Es: diabete sì da parte di nonno paterno)

- DIABETE SI NO _____
- IPERTENSIONE SI NO _____
- PAT. CARDIOVASCOLARI SI NO _____
- PAT. RENALI SI NO _____
- CARCINOMI/TUMORI SI NO _____

NASCITA: PARTO VAGINALE o PARTO CESAREO - A TERMINE o PRETERMINE

SVILUPPO NEUROPSICOMOTORIO: REGOLARE o IRREGOLARE (specificare : _____)

ETA' PRIMA MESTRUAZIONE:

DATA ULTIMA MESTRUAZIONE:

FUMO: SI NO (n. sigarette/giorno_) CONSUMO DI ALCOOL: No Basso Alto

MALATTIE SOFFERTE:

INTERVENTI CHIRURGICI:

INFORTUNI SPORTIVI E/O LAVORATIVI PIU' GRAVI:

FARMACI ASSUNTI ATTUALMENTE:

ALTEZZA: _____ PESO: _____

OBBLIGO LENTI: SI NO

Data

FIRMA DELL'ATLETA O GENITORE

Chiedere in reception per ottenere copia della documentazione medica relativa alla visita medico sportiva (ECG, urine o Spirometria) è necessario l'ulteriore pagamento di: 6 euro per URINE, 40 euro per ECG, 50 euro per SPIROMETRIA.

Firma per accettazione se sono stati richiesti ulteriori esami _____

All.1_Modello di dichiarazione da rendere da parte dell'atleta

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto _____

C.F. _____

Attesta

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- Di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
 - Di non essere ricorsi a ricovero ospedaliero e/o a terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche
 - Di essere stati sottoposti a vaccinazione anti SARS-CoV-2 e aver ricevuto la dose booster, o aver completato il ciclo vaccinale primario nei 120 giorni precedenti o essere guariti dal Covid nei 120 giorni precedenti;
- Di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea $>37,5$ °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- Di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus.

In fede,

(data e firma dell'atleta)

(Genitore) _____

(in caso di minore, firma anche dichiarando
di essere esercente di potestà genitoriale)