



## 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 abbiano ricevuto la dose booster, o abbiano completato il ciclo vaccinale primario 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)