

## DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

### Medicina dello Sport

### Accertamento idoneità specifica allo sport

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e nome dell'Atleta \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

#### Malattie riguardanti la famiglia

Indicare nella casella i casi familiari (genitori-nonni-fratelli e sorelle) che sono stati o sono affetti dalle seguenti malattie :

Malattie di cuore : ☐ SI ☐ NO Iperensione ☐ SI ☐ NO Diabete: ☐ SI ☐ NO TBC : ☐ SI ☐ NO  
Tumori : ☐ SI ☐ NO Asma e malattie allergiche : ☐ SI ☐ NO Obesità : ☐ SI ☐ NO Sifilide : ☐ SI ☐ NO  
Paralisi : ☐ SI ☐ NO Morti improvvise : ☐ SI ☐ NO

#### Malattie riguardanti l' atleta

Barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte:

Morbillo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Epatite virale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Disturbi mestruali <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Scoliosi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Varicella <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie intestinali <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dorso curvo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rosolia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sinusite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Piede piatto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Parotite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Bronchite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Eczema <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Scapole alate <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pertosse <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Polmonite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allergia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trauma cranico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scarlattina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tonsillite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Svenimento-vertigini <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fratture <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pleurite <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Febbre reumatica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Traumi sportivi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TBC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie di reni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie di cuore <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lussazione dell'anca <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Epilessia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enuresi (pipì a letto) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Palpitazioni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

#### Ricoveri per intervento di :

Tonsille ☐ SI ☐ NO ; Adenoidi ☐ SI ☐ NO ; Ernia ☐ SI ☐ NO ; Appendicite ☐ SI ☐ NO ; Altro ☐ SI ☐ NO

Anni.....Anni.....Anni.....Anni.....Anni.....

Notizie particolari (tipo, decorso, cure,esiti) sulle malattie sopraindicate

E' guarito completamente ? ☐ SI ☐ NO Disturbi rimasti .....

Sta facendo cure? ☐ SI ☐ NO Quali e per quale motivo .....

Usa occhiali o lenti corneali ☐ SI ☐ NO per miopia ☐ SI ☐ NO ipermetropia ☐ SI ☐ NO

astigmatismo ☐ SI ☐ NO strabismo ☐ SI ☐ NO

E' stato in cura con busti correttivi ☐ SI ☐ NO ginnastica correttiva ☐ SI ☐ NO rialzo del piede ☐ SI ☐ NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psicofisiche mie / di mio/a figlio/a, delle patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Data \_\_\_\_\_

(firma dell' atleta o di uno dei genitori se minorenne)

Ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili per i fini connessi alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica materia.

Data \_\_\_\_\_

(firma dell' atleta o di uno dei genitori se minorenne)

N.B. La presente dichiarazione dovrà essere allegata alla cartella per l' accertamento della idoneità allo sport agonistico