



DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PRE GARA

IO SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. _____

IL ___/___/___ CODICE FISCALE _____ RESIDENTE A _____ PROV. _____

IN _____ N° _____ N° TELEFONO _____

ATLETA DELLA A.S.D. / S.S.D. _____ DI _____

DENOMINAZIONE EVENTO _____ DATA ___/___/___

LUOGO _____

DATA DELL' ULTIMO MATCH DISPUTATO ___/___/___ VERDETTO ULTIMO MATCH DISPUTATO _____

HAI AVUTO ALCUNO DI QUESTI SINTOMI ?	SI	NO
1) MAL DI TESTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) VERTIGINI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) NAUSEA O VOMITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) VISIONE DOPPIA O OFFUSCATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) SVENIMENTO E/O PERDITA DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) CONVULSIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HAI PRESO FARMACI O INTEGRATORI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SI QUALI E QUANDO _____		
HAI AVUTO MALATTIE E/O TRAUMI DOPO L' ULTIMO MATCH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SI QUALI _____		

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI. MI IMPEGNO A NON FAR USO DI ALCOL E/O DROGHE E/O ABUSO DI FARMACI.

FIRMA DELL' ATLETA _____

IN CASO DI **ATLETA MINORENNE**, L'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE O IL TECNICO DA LUI DELEGATO SIG./SIG.RA _____ DICHIARA, COME PREVISTO DALL' ART. 9 COMMA 20 DEL REGOLAMENTO SANITARIO, DI AVER ASSISTITO ALLA VISITA PRE GARA E CHE DOPO IL MATCH PRECEDENTE NON SONO COMParsi SEGNI E/O SINTOMI SOSPETTI E CHE L' ATLETA NON HA ASSUNTO FARMACI.

FIRMA _____

DATA ___/___/___

PER PRESA VISIONE DEL MEDICO CHE EFFETTUA LA VISITA

.....
TIMBRO E FIRMA