

Dott. Fabrizio Michielan Medico dello Sport

- www.ilmedicodellosport.it -

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT.46 E 47 D.P.R. N°445/2000

...I... sottoscritt.....

Nat... a prov. il/...../.....

Residente in via/piazza n°

(se minore) genitore / tutore dell'atleta:

Nat... a il/...../.....

ATTESTA E DICHIARA CHE CHI SI SOTTOPONE ALLA VISITA

- NON HA E NON HA MAI AVUTO DIAGNOSI DI POSITIVITÀ' AL COVID-19 (CORONAVIRUS SARS COV-2)**

NEGLI ULTIMI 15 GIORNI:

- NON HA e NON HA AVUTO SINTOMI RIFERIBILI AL CORONAVIRUS (SARS COV-2)**
- NON HA e NON HA AVUTO TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5°**
- NON HA e NON HA AVUTO TOSSE**
- NON HA e NON HA AVUTO FORTE ASTENIA (STANCHEZZA)**
- NON HA e NON HA AVUTO DIFFICOLTA' RESPIRATORIE**
- NON HA e NON HA AVUTO DOLORI MUSCOLARI**
- NON HA e NON HA AVUTO PERDITE DI GUSTO OD OLFATTO**
- NON HA e NON HA AVUTO DIARREA**
- NON HA e NON HA AVUTO CONTATTI A RISCHIO (PERSONE RISULTATE POSITIVE AL CORONAVIRUS)**

Data/...../.....

Firma

Le informazioni fornite saranno trattate in conformità al Regolamento U.E.

NOME DELL' ATLETA: NAT... A IL

- | | SI' | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • L'ATLETA E' AFFETTO DA PATOLOGIE ACUTE O CRONICHE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • GENITORI E FRATELLI SONO IN BUONA SALUTE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • È MAI STATO POSITIVO AL CORONAVIRUS (SARS COV 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • MALATTIE RESPIRATORIE FREQUENTI (PIU' DI DUE EPISODI L'ANNO)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • DIAGNOSI DI DIABETE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • PERDITE DI COSCIENZA O EPILESSIA O EPISODI DI CONVULSIONI..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • LUSSAZIONI O FRATTURE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • RICOVERI IN OSPEDALE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • UDITO BUONO..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • UTILIZZA CORREZIONI PER LA VISTA..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • DALLA NASCITA HA ESEGUITO ELETTROCARDIOGRAMMI..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • DALLA NASCITA HA ESEGUITO ECOCARDIOGRAMMI..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • DALLA NASCITA HA ESEGUITO ELETTROCARDIOGRAMMI DELLE 24 ORE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • DALLA NASCITA HA ESEGUITO ELETTROCARDIOGRAMMI DURANTE LO SFORZO MASSIMALE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ASSUME FARMACI <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO SE SI' QUALI | | |
| • VACCINAZIONI DI LEGGE ESEGUITE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ANNO DELL'ULTIMA VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA OPPURE ANNO DELL'ULTIMA VISITA AGONISTICA..... | | |
| • È STATO RISCONTRATO "QUALCOSA" DAL MEDICO DURANTE VISITE SPORTIVE ANCHE NON AGONISTICHE..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • SONO STATI RICHIESTI ULTERIORI ACCERTAMENTI PER IL RILASCIO DELL'IDONEITA' SPORTIVA..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

...I... sottoscritt... **dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riferito risponde al vero e che non ha omesso o sottaciuto alcunché, eventuali omissioni mettono a rischio la salute dell'atleta e invalidano il giudizio espresso dal dott. Fabrizio Michielan.**

Si autorizza il dott. Fabrizio Michielan a conservare a norma di legge gli accertamenti ed i dati personali e sensibili dell'atleta. SI' NO

Firma dell'atleta o se minore del genitore..... data/...../.....

Nome del genitore Cognome genitore

*n.2'16/679 (regolamento generale sul trattamento dei dati personali)
per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.33 del predetto.*