



**Non ho mai avuto malattie gravi**

Malattie rilevanti che devono essere segnalate: allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, mal di testa, attacchi di aritmia cardiaca, malattie di cuore, ipertensione, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o difficoltà a distinguere i colori.

Specificare le eventuali malattie...

.....  
.....

**INTERVENTI CHIRURGICI**

**Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici**

Specificare gli eventuali interventi chirurgici a cui è stato sottoposto...

.....  
.....

**TRAUMI**

**Non ho mai avuto traumi di rilevante entità**

Specificare gli eventuali traumi (fratture, distorsioni, traumi cranici, ecc.)...

.....  
.....

**DISTURBI LEGATI ALLO SFORZO FISICO**

**Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico**

Sotto sforzo ho avuto palpitazioni, vertigini, svenimenti, crisi respiratorie, dolore toracico?

.....  
.....

**STA ASSUMENDO FARMACI O FA USO DI FARMACI PER CURE A LUNGO TERMINE?**

NO       SI (specificare) .....

**LEGGERE ATTENTAMENTE QUANTO SEGUE E PORRE DATA E FIRMA**

**Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato il medico nel modo più completo e veritiero per quanto chiestogli sopra. Dichiara di essere stato adeguatamente informato e di avere pienamente recepito i rischi e i benefici di eventuali accertamenti richiesti. Dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte del personale e dei collaboratori del Centro Medicina dello Sport (Documento redatto in rispetto della legge sulla privacy GDPR 679/2016).**

Data .....

Firma .....