

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
MEDICINA DELLO SPORT**
Via Don L. Sturzo. n. 20 – 13900 Biella
Tel. 015-15159157
medicina.sportiva@aslbi.piemonte.it

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER LA PRATICA AGONISTICA

LA SOCIETÀ SPORTIVA _____
affiliata _____
Con SEDE in _____
Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

Nella persona del suo legale rappresentante Sig. _____

Per il proprio ATLETA

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
Residente in _____ via _____ n° _____
Do. Identità N° _____ codice fiscale _____
Telefono del genitore _____ email del genitore _____

UNA VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA DELLO SPORT

Si certifica che l'atleta è residente in Piemonte e soddisfa i requisiti di età minima di accesso all'attività sportiva agonistica secondo la revisione del Ministero della Salute e del CONI del 03/07/2018.

Data _____

Timbro società

Firma Presidente _____

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
MEDICINA DELLO SPORT
Via Don L. Sturzo, n. 20 – 13900 Biella
Tel. 015-15159157
medicina.sportiva@aslbi.piemonte.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Nome e Cognome dell'atleta _____

1. Esistono in famiglia (nonni, genitori, fratelli e sorelle, zii, cugini) casi di

Diabete _____

Ipertensione _____

Infarti e malattie delle coronarie _____

Morti improvvise per causa cardiaca _____

Aritmia del cuore _____

Ictus e malattie vascolari (aneurisma) _____

Malattie genetiche o rare _____

Altre Malattie (Tiroide, Fegato, Reni, Sangue) _____

Le seguenti domande sono relative all'atleta agonista che richiede l'idoneità

2. Ha mai avuto malattie infettive (per esempio varicella, mononucleosi, epatite)? NO

Ha mai avuto il COVID 19 (tampone positivo)? NO

SI: _____

3. Ha mai avuto diagnosi di Asma NO

Se 'SI', utilizza farmaci? (scrivere quali farmaci e se li usa prima e durante la pratica sportiva agonistica)

SI: _____

4. Ha mai avuto soffi al cuore e/o difetti al cuore? NO

Se 'SI', ha mai eseguito ecocardiogramma? NO

SI, portare la documentazione specialistica in visione durante la visita

5. Ha mai avuto crisi epilettiche o convulsioni? NO

SI, portare la documentazione specialistica in visione durante la visita

6. Quali interventi chirurgici ha subito?

7. Ha mai avuto malattie, traumi o difetti genetici (per esempio diabete, talassemia o un rene solo)?

8. Ha mai accusato malori improvvisi, capogiri, svenimenti, dolori al torace, batticuore improvviso?

L'atleta (scrivere nome e cognome dell'atleta e nome e cognome del genitore)

DICHIARA:

- di informare esattamente i medici sulle attuali condizioni psicofisiche e delle malattie avute o in corso,
- di NON essere mai stato dichiarato NON IDONEO alla pratica sportiva agonistica, né di avere in corso accertamenti o sospensioni dell'idoneità presso altri centri o specialisti in Medicina dello Sport,
- di informare esattamente il medico sull'eventuale assunzione di FARMACI,
- di NON fare uso di droghe, sostanze stupefacenti o altre sostanze classificate come DOPING

Di aver ricevuto informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/06/1993: "Codice in materia di protezione dei dati personali" concernente la tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili; in particolare di essere informato che la Medicina dello Sport dell'ASL BI raccoglierà e tratterà tali dati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, garantendo in sicurezza la custodia dei medesimi e consentendone l'accesso esclusivamente al personale incaricato del trattamento e la trasmissione, ove previsto, agli Enti interessati secondo la normativa vigente.

Esprimo quindi, ai sensi dell'art. 23, il consenso al trattamento dei miei dati, personali e sensibili, solo ed esclusivamente ai fini del rilascio della certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica.

LUOGO e DATA _____

Firma del genitore dell'atleta o dell'atleta se maggiorenne
