

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
- di prestare il consenso alla rilevazione della propria temperatura corporea.

In fede,

\_\_\_\_\_  
[data e firma]

\_\_\_\_\_  
**Note**

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.
3. Chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come stabilito dall' art. 76 del DPR 445/2000.



**SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT DELLA ULSS2 MARCA TREVIGIANA - DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO**  
**SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Doc. identità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Sport per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_ anni di attività sportiva \_\_\_\_\_  
Società sportiva di appartenenza \_\_\_\_\_  
Svolge regolarmente altri sport? SI' NO Quali \_\_\_\_\_  
Si sta allenando regolarmente? SI' NO Per quante ore alla settimana? \_\_\_\_\_

**(BARRARE CIO' CHE INTERESSA)**

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)**

Cardiomiopatia	SI' NO		Malattia valvole cardiache	SI' NO	
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Aritmia	SI' NO	
Morte improvvisa	SI' NO		Diabete	SI' NO	
Dislipidemia	SI' NO		Asma	SI' NO	
Ictus	SI' NO		Tumori	SI' NO	
Ipertensione	SI' NO		Altro	SI' NO	

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Cardiomiopatia	SI' NO	
Malformazione congenita	SI' NO		Malformazione valvolare	SI' NO	
Miocardite/Pericardite	SI' NO		Aritmia/extrasistoli	SI' NO	
Ipertensione arteriosa	SI' NO		Arteriopatia	SI' NO	
Insufficienza venosa/varici	SI' NO		Altro	SI' NO	

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto? SI' NO  
Miopia  Astigmatismo  Ipermetropia  Altro

Età prima mestruazione \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il ciclo è regolare? SI' NO

**INTERVENTI CHIRURGICI**

Tonsille	SI' NO	a _____ anni	Adenoidi	SI' NO	a _____ anni
Ernia	SI' NO	a _____ anni	Appendice	SI' NO	a _____ anni



**ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO**

Quali? \_\_\_\_\_  
Quando? \_\_\_\_\_  
per quanto tempo ha sospeso l'attività? \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO**

Quali? \_\_\_\_\_  
Per quale motivo? \_\_\_\_\_

**ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:**

**ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI**

**ABITUDINI:**  FUMO  ALCOOL

**ANAMNESI CARDIOLOGICA**

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI'	NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI'	NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): accusa o ha accusato mancanza di respiro? senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace?	SI'	NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI'	NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI'	NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici? Quali? _____	SI'	NO

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986.**

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica?  SI'  NO  
A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ è stato dichiarato  **IDONEO**  **NON IDONEO** per quali i motivi? \_\_\_\_\_  
 **SOSPESO** per quanto tempo \_\_\_\_\_ per quali motivi? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore/tutore in caso di atleti minori) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dichiara sotto la propria responsabilità che le  
notizie fornite nella scheda di valutazione medico-sportiva e nella scheda anamnesi sono complete e  
veritiere.

Luogo, data \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_  
dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

**CONSENSO INFORMATO**

Dichiaro di essere stato informato sulle modalità di esecuzione della visita e sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva, compreso il test da sforzo (test ergometrico, test al gradino).

Luogo, data \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_  
dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni