

HOSTILIA MEDICA

POLIAMBULATORIO

Delega (art. 47 DPR 18/12/2000, n.445)

Io sottoscritto/a nato/a a....., il,
CF, residente in
CAP Comune....., consapevole delle responsabilità
e delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto
la mia personale responsabilità

DICHIARO

- di essere MADRE PADRE TUTORE

del minore/soggetto sottoposto a tutela..... nato/a a
..... il
CF

Da compilare in caso di delega:

- nell'impossibilità di accompagnare il minore/il soggetto sottoposto a tutela, si autorizza
all'accompagnamento il/la Sig./Sig.ra

Nome/Cognome:..... nato/a..... il
Altro
del quale si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo, data

Il/La dichiarante
(firma per esteso e leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 Regolamento UE n. 2016/679)

I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo, secondo quanto previsto dall'Informativa Privacy esposta presso HOSTILIA MEDICA SRL, ai sensi della normativa vigente in materia.

ANAMNESI DI (nome e cognome dell'atleta):

1) È stato dichiarato **non idoneo** o è **sospeso** per accertamenti presso altri Centri?

- NO
 SI

2) Ha avuto famigliari o parenti deceduti per **morte improvvisa** prima dei 40 anni (dovuta a malore)?

Chi?..... A che età? Per quale causa?

- NO
 SI

3) Tra i suoi famigliari (genitori, fratelli, nonni, zii) si sono mai verificate le seguenti patologie?

• Malattie cardio-vascolari (es: infarto, ipertensione arteriosa, ictus...)?

Quali?..... Chi?

- NO
 SI

• Malattie metaboliche (es: diabete, ipercolesterolemia,...)? Quali?.....

Chi?

- NO
 SI

Altre malattie su base familiare/ereditaria (favismo, talassemia, malattie della tiroide,...)?

Quali?..... Chi?

- NO
 SI

4) Ha mai avuto svenimenti, capogiri, perdita di conoscenza?

- A RIPOSO
 DURANTE LO SFORZO
 MAI

5) Dolori al petto, palpitazioni, battiti irregolari?

- NO
 SI

6) Deve segnalare **malattie** nel passato o in atto, al di fuori delle comuni malattie infantili?

- Quali?
- NO
 SI

7) Soffre di **allergie**?

- Quali?
- NO

SI

8) Deve segnalare **interventi chirurgici/ricoveri ospedalieri**?

Quali? A che età?.....

- Quali? A che età?.....
 NO
 SI

9) Ha subito **fratture, infortuni gravi, traumi cranici**?

- Quali? A che età?.....
 NO
 SI

10) E' portatore di **monorgano** (un solo rene, un solo occhio, un solo testicolo,...)?

- Quali?
 NO
SI

- 11) Fuma?/al dì
 NO
 SI

12) Beve alcool?

- DURANTE I PASTI
 NO
 ABBONADANTE

Per le atlete: età prima mestruazione data ultima mestruazione/...../.....

Luogo e data.....

Firma.....