

CENTRO MEDICO LA PIAZZETTA
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' – COVID19

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sar-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale/ Ente di promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea >37.5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, asosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data e Luogo _____

L'atleta

Il genitore (se minorenne)

Il Medico Specialista in
Medicina dello Sport

CENTRO MEDICO LA PIAZZETTA
SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA
(da compilare con i dati dell'atleta e firmare da un genitore per i minori di 18 anni)

COGNOME _____ NOME _____ NATO A _____

IL _____ TEL. _____ EMAIL _____

RESIDENTE IN _____ COMUNE _____

ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita _____ Società _____

ANAMNESI FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore NO SI

Diabete Mellito NO SI

Morte improvvisa NO SI

Tumori NO SI

Ipertensione NO SI

Colesterolo alto NO SI

ANAMNESI FISIOLOGICA

Fuma? NO SI Quante sigarette in media al giorno? _____ e da quanto tempo? _____

Assume regolarmente farmaci e/o integratori? NO SI Quali? _____

Età prima mestruazione _____ anni

ANAMNESI PATOLOGICA ha sofferto/soffre di:

Allergie	NO	SI	Diabete mellito	NO	SI
Asma bronchiale	NO	SI	Colesterolo elevato	NO	SI
Altre malattie respiratorie	NO	SI	Malattie muscolo-scheletriche	NO	SI
Anemia	NO	SI	Malattie gastro-intestinali	NO	SI
Epilessia	NO	SI	Malattie neurologiche	NO	SI
Sincopi/Svenimenti	NO	SI	Malattie tiroidee	NO	SI
Aritmia	NO	SI	Altre malattie endocrine	NO	SI
Palpitazioni/Cardiopalmi	NO	SI	Dolore toracico/Angor da sforzo	NO	SI
Vertigini	NO	SI	Malattie dei reni/ Vie urinarie	NO	SI
Disturbi visivi	NO	SI	Pressione elevata	NO	SI

Ha subito interventi chirurgici? NO SI Quali? _____

E' mai stato giudicato non idoneo alla pratica sportiva? NO SI

Risulta alla data odierna sospeso per la visita medico-sportiva? NO SI

Data e Luogo _____

Firma dell'atleta o di un genitore (per i minorenni) _____

DICHIARAZIONE COVID

Il sottoscritto _____

Nato a _____

Il _____

Attesta

- Di non avere avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19
- Di non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5' C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, ...)

In fede (data e firma)

In caso di minore la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al regolamento UE n 2016/67 (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