

Cognome e Nome	luogo di nascita:	Data di nascita:
Residenza e/o Domicilio:		Telefono:
Sport per cui è richiesta l' idoneità	Società sportiva	Documento identità:

Precedente visita di idoneità agonistica o non	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	In che anno?
E' mai stata negata l' idoneità sportiva?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, perché?
Hai fatto esami integrativi?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, quali?
Sport praticati:	N° ore settimanali di allenamento:		

Nella famiglia ci sono casi di:	NO	SI	Grado di parentela-Note
Malattie di cuore (es. Infarto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Morte improvvisa in giovane età	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie del fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma bronchiale, allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colesterolo alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilessia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anamnesi Fisiologica:	NO	SI	Note
Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caffè/Tè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terapie farmacologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaccinazione antitetanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno dell'ultima vaccinazione:
Menarca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data ultima mestruazione:

Anamnesi Patologica	NO	SI		NO	SI
Malattie di cuore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattie del fegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffio al cuore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattie del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopalmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterolo alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infortuni e traumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polmoniti, Pleuriti, Pneumotorace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da Covid19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**NOTE:**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiaro di aver correttamente informato il medico delle mie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di non idoneità alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e dò atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. Con la presente dò il consenso all'effettuazione della visita medica, compresa la prova da sforzo, ed alla consegna del Certificato di Idoneità o di Non Idoneità alla Società Sportiva. Dichiaro inoltre di non avere al momento attuale altre cartelle di visita di idoneità per attività sportiva agonistica o non agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport.

Data	Firma dell'atleta	Per i Minori, firma del Responsabile legale
------	-------------------	---

**CONSENSO INFORMATO IDONEITA' ATTIVITA' AGONISTICA e NON AGONISTICA**

Io sottoscritto (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica sportiva (ovvero gli accertamenti previsti dal D.M. 24/04/2013 e succ. per l'idoneità alla pratica non agonistica); di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge e di non avere al momento attuale altre cartelle per il rilascio di certificazione agonistica o non agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori e/o centri e/o servizi pubblici o privati di medicina dello sport. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Dichiaro di essere stato informato che  
per atleti sotto i 35 anni d'età, è prevista l'effettuazione dello STEP TEST, consistente nel salire e scendere su di uno sgabello di altezza variabile in base al sesso ed all'età; verrà eseguito un elettrocardiogramma a riposo e dopo lo sforzo.  
Gli atleti di età superiore ai 35 (secondo le disposizioni delle singole federazioni e linee guida cardiologiche) verranno sottoposti a test ergometrici massimali (al cicloergometro) con registrazione elettrocardiografica costante e rilevazione della pressione arteriosa.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che

- durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi intrinseci della prova e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.
- Che il test suddetto come ogni altro test da sforzo è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.
- Che per ogni eventuale informazione, inerente gli esami da eseguire per la pratica di un determinato sport, posso rivolgermi al Medico dello sport

Autorizzo i Sanitari del settore Medicina dello Sport della SPONDILOSLAB all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e alla loro comunicazione ai seguenti soggetti:

- Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva.
- In chiaro, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità della Regione Veneto per gli adempimenti previsti.

Inoltre,  autorizzo  non autorizzo

SPONDILOSLAB a recapitarmi eventuali richieste accertamenti sanitari / comunicazioni da parte del Medico dello Sport in busta chiusa attraverso il referente della mia società.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(firma leggibile dell'interessato)

**In caso di minore:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_  
dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità di cui sopra.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Grado parentela \_\_\_\_\_