



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P.I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

RICHIESTA di IDONEITA' alla PRATICA SPORTIVA PER ALUNNI

AGONISTICA per gli alunni delle scuole partecipanti alle fasi finali nazionali dei giochi studenteschi

NON AGONISTICA per gli alunni delle scuole partecipanti alle fasi precedenti di quelle finali nazionali dei giochi studenteschi e/o attività parascolastiche

L'ISTITUTO SCOLASTICO

Dirigente Scolastico Prof.

Via

n°

C.a.p.

Città

Tel e/o Fax

Chiede per il proprio alunno

Generalità

Nato il

Idoneità alla pratica agonistica dello sport

Idoneità alla pratica non agonistica

In quanto partecipante a

Fasi finali nazionali dei giochi studenteschi

Fasi precedenti di quelle finali nazionali dei giochi studenteschi

Attività parascolastiche

Data

Timbro e firma originale del
Dirigente Scolastico



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P.I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI TESSERATI presso società sportive ed enti di promozione sportiva affiliati al CONI

La Società Sportiva

Affiliata a:

Federazione sportiva nazionale CONI Codice

Ente di promozione sportiva riconosciuta dal Coni Codice

Sede sociale via Città

CAP Tel. Fax

Chiede

Per il proprio atleta

Dilettante

Professionista

Cognome Nome

Nato a Il

Residente in via N°

Codice fiscale

Tipo di documento di identità N°

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

dello sport Specialità

Prima affiliazione Rinnovo di certificato in scadenza il

UNA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA NON AGONISTICA

Firma dell'atleta
o del genitore se minore

Firma del Presidente della
Società Sportiva

Timbro della società

Data



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P.I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

DOMANDA PER OTTENERE IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA PER ATTIVITA' DI PARTICOLARE ED ELEVATO IMPEGNO CARDIOVASCOLARE

Il sottoscritto

nato a

il

residente a

Via

n°

Codice fiscale

Documento di identità

Tel.

Cell.

CHIEDE

il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per attività di particolare elevato impegno cardiovascolare.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- di non essere tesserato alle Federazioni sportive nazionali, alle discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI;
- che la presente richiesta è formulata per la partecipazione a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, caratterizzate da particolare ed elevato impegno cardiovascolare, patrocinate dalle Federazioni sportive nazionali, Discipline associate, Enti di promozione sportiva riconosciuta dal CONI, e per lo specifico per la partecipazione alla seguente manifestazione:

Allega alla presente domanda:

(es.: copia del volantino della manifestazione)

Data

Firma

Laddove l'interessato sia minore, la domanda sarà sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore, con allegazione del relativo documento di identità



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P.I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

DOMANDA PER OTTENERE IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA PER FINALITÀ DIVERSE DALLA PRATICA SPORTIVA

Il sottoscritto

nato a

il

residente a

Via

n°

Codice fiscale

Documento di identità

Tel.

Cell.

CHIEDE

il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiara che la presente richiesta è formulata per la seguente finalità:

Allega alla presente domanda:
(es.: copia del bando di concorso)

Data

Firma

Laddove l'interessato sia minore, la domanda sarà sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore, con allegazione del relativo documento di identità.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829
CONI

MEDICINA DELLO SPORT

FISHa

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. 18/02/1982)
CIRCOLARE MINISTERO SANITA' N.34-24-10-88

La Società Sportiva

Affiliata alla FEDERAZIONE ITALIANA SPORT HANDICAPPATI

Chiede per il proprio atleta

Nato a

il

Residente a

Via

n.

Portatore di Handicap

Una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

Adattato agli atleti disabili secondo le norme ed i regolamenti F.I.S.Ha

Prima affiliazione

Rinnovo

Firma del Presidente
e timbro della Società Sportiva

Data



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Protocollo n.....

Cognome Nome..... Nato a..... Il.....

Sport..... Società Sportiva

Segnare la risposta prescelta con X:

I tuoi familiari soffrono di ipertensione, diabete, cardiopatie?..... NO SI

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con inspiegabili svenimenti?..... NO SI

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente che ha avuto morte improvvisa? NO SI

Ti hanno mai detto che hai problemi al cuore: soffio, extrasistoli, pressione alta?... NO SI

Hai mai avvertito una frequenza cardiaca eccessivamente accelerata o irregolare a riposo?..... NO SI

Hai mai avvertito dolore al torace tanto da essere costretto a fermarti durante l'attività fisica?..... NO SI

Un medico ti ha mai prescritto un test per il cuore, per es. ECO, prova da sforzo, Holter 24 h? NO SI

Hai mai perso i sensi o quasi perdita dei sensi o avuto capogiri e vertigini?..... NO SI

Hai mai battuto la testa con violenza?..... NO SI

Hai mai avuto crisi convulsive, epilessia?..... NO SI

Hai mai avuto problemi di diabete?..... NO SI

Hai mai avuto problemi di fiato corto, affanno, difficoltà di respiro, asma?..... NO SI

Hai mai sofferto di allergia, o avuto arrossamenti, orticaria?..... NO SI

Hai mai subito interventi chirurgici?..... NO SI

Hai mai subito fratture e/o lussazioni?..... NO SI

Hai avuto riconosciuta una invalidità o indennità di frequenza?..... NO SI

Sei mai stato ricoverato in ospedale?..... NO SI

A quale età la prima mestruazione?..... Data dell'inizio dell'ultima?.....

Usi abitualmente farmaci?... NO.... SI..... Quali?.....

Hai mai avuto problemi nel riconoscere i colori?..... NO SI

Porti occhiali o lenti a contatto?..... NO SI

Fumi?..... NO..... SI..... Bevi alcolici?..... NO SI

In quale anno hai fatto l'ultima visita sportiva?..... Dove è stata eseguita?.....

.....Con quale esito?.....

Il sottoscritto (se minorenne il genitore).....

Nato a Il..... Documento di identità n°.....

Data

Firma



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

CONSENSO INFORMATO (per i minori)

Il sottoscritto..... Nato a

Il..... Documento d'identità

esercitante la potestà genitoriale sul minore dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità ed alla prova da sforzo – step test - indispensabile per avere una valutazione medico sportiva della capacità del cuore di rispondere all'esercizio, come previsto dalla legge.

Il sottoscritto è a conoscenza che questo test in rarissimi casi può provocare l'insorgenza di aritmie e lipotimie.

Il test sarà eseguito in modo accurato da personale esperto e sarà interrotto alla comparsa di qualsiasi anomalia. Dopo aver letto quanto sopra, il sottoscritto autorizza l'esecuzione del test e solleva i medici da qualsiasi responsabilità.

Firma dell'esercente la potestà genitoriale.....

AUTODICHIARAZIONE Decreto n.196/03 T.U. 2004

Ai sensi della attuale legge sulla privacy, esprimo liberamente il mio consenso a che si proceda alla raccolta ed al trattamento dei dati personali del minore ai fini della compilazione della cartella clinica e di tutti gli atti consequenziali derivanti dall'adempimento dei compiti di istituto delle diverse figure professionali, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi.

Dichiaro inoltre di essere stato informato sui vincoli legati al segreto professionale e sui limiti dello stesso.

Il sottoscritto infine dichiara sotto la propria responsabilità di aver informato il medico sulle condizioni psico-fisiche attuali e sulle affezioni precedenti del minore e che questi non è mai stato dichiarato "non idoneo" in precedenti visite di idoneità sportiva.

Firma dell'esercente la potestà genitoriale.....



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

MEDICINA DELLO SPORT

CONSENSO INFORMATO

Accetto volontariamente di sottopormi alla prova da sforzo – step test - indispensabile per avere una valutazione medico sportiva della capacità del cuore di rispondere all'esercizio, come previsto dalla legge.

Il sottoscritto è a conoscenza che questo test in rarissimi casi può provocare l'insorgenza di aritmie e lipotimie.

Il test sarà eseguito in modo accurato da personale esperto e sarà interrotto alla comparsa di qualsiasi anomalia. Dopo aver letto quanto sopra, il sottoscritto autorizza l'esecuzione del test e solleva i medici da qualsiasi responsabilità.

Ai sensi della attuale legge sulla privacy, esprimo liberamente il mio consenso a che si proceda alla raccolta ed al trattamento dei dati personali del minore ai fini della compilazione della cartella clinica e di tutti gli atti consequenziali derivanti dall'adempimento dei compiti di istituto delle diverse figure professionali, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi.

Dichiaro inoltre di essere stato informato sui vincoli legati al segreto professionale e sui limiti dello stesso.

Il sottoscritto infine dichiara sotto la propria responsabilità di aver informato il medico sulle condizioni psico-fisiche attuali e sulle affezioni precedenti del minore e che questi non è mai stato dichiarato "non idoneo" in precedenti visite di idoneità sportiva.

Il sottoscritto.....Nato a

Il..... Documento d'identità.....

Data

Firma