



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it
P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**Dipartimento di Prevenzione – SOSD Medicina Legale
Sezione di Medicina dello Sport**

Direttore Dott. Attilio RIGOTTI
Sede Operativa: via IV Novembre, 294 – 28887 Omegna
Tel. 0323 868046 - 0323 868048
e-mail :medicinadellosport@aslvco.it

SCHEMA ANAMNESTICA PER ATLETI MINORENNI

Il presente modulo DEVE essere LETTO, COMPILATO e FIRMATO da un GENITORE in
TUTTE le sue parti, barrando le voci che interessano

Cognome e Nome (atleta) _____

Nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ N° documento _____

Residente in _____ via _____ n° _____

Telef. Recapito (del genitore) _____

ANAMNESI FAMILIARE DELL'ATLETA

Si sono avuti, nei familiari casi di:

- Diabete Mellito Problemi Cardiaci
 Ipertensione Arteriosa Morte improvvisa giovanile. Se si chi? _____

ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA

- Malattie pregresse o in atto, se si quali ? _____
 Ricoveri ospedalieri _____
 Interventi Chirurgici _____
 Infortuni rilevanti o fratture, se si quali ? _____
 Segnalare eventuali terapie in corso o assunte di recente : _____
 Eventuali problemi cardiaci _____
 Altro _____

Presentarsi alla visita muniti di **DOCUMENTI IDENTIFICATIVI VALIDI**
(del genitore e dell'atleta)

Il sottoscritto dichiara di aver informato correttamente il medico sulle attuali condizioni psico-fisiche del figlio/a e sulle affezioni precedenti e che il figlio/a non è mai stato/a dichiarato/a *non idoneo/a* in precedenti visite medico sportive di legge.

Di essere informato dei pericoli derivati dall'uso di droghe riconosciute illegali, dal fumo e dall'alcool.

Data _____

Firma del Genitore o di chi ne fa le veci _____



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it
P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**IN CASO DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE O DI IMPOSSIBILITA' A PRESENTARSI
ALLA VISITA L'ATLETA DOVRA' OBBLIGATORIAMENTE AVVISARE.**

INFORMAZIONI UTILI

Presentarsi alla visita muniti di:

- RICHIESTA SOCIETA' SPORTIVA CON TIMBRO E FIRMA PRESIDENTE
- DOCUMENTO IDENTITA' PERSONALE NON SCADUTO
- CODICE FISCALE
- FOGLIO ANAMNESTICO E DICHIARAZIONE PRIVACY COMPILATI.
- PROVETTA CONTENENTE LE PRIME URINE DEL MATTINO (CONSERVARE IN FRIGORIFERO SE L'APPUNTAMENTO E' AL POMERIGGIO)
- EVENTUALI OCCHIALI DA VISTA O LENTI A CONTATTO
- EVENTUALI ESAMI CLINICI O DOCUMENTAZIONI MEDICA RELATIVA A PROBLEMI IN ATTO O PREGRESSI
- PANTALONCINI CORTI E SCARPE DA GINNASTICA
- ELASTICO PER CAPELLI LUNGHI

Gli atleti minorenni devono essere accompagnati da un genitore o persona di sua fiducia munita di delega
I moduli possono essere scaricati dal sito dell'ASL

Le prenotazioni possono essere effettuate solo presso i CUP aziendali ASL:

Ospedali Castelli – Verbania
Ospedale San Biagio – Domodossola
Centro Ortopedico di Quadrante – Omegna
Centro Medicina Attiva – Cannobio

Si precisa che non potrà essere effettuata la prenotazione qualora il presente modulo non sia completo in ogni sua parte.
