

**DELEGA ACCOMPAGNAMENTO  
PER ASSISTITI MINORENNI / PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore/tutore legale \*  
\*\*allegare documenti nomina

**Cognome e Nome (atleta)** \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CON LA FIRMA DELLA PRESENTE, DELEGA**

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_

**N.B. possono essere delegati solo parenti dell'atleta di I e II grado**

- 1) ad accompagnare alla visita il minore/persona non autosufficiente presso l'Ambulatorio di Medicina Sportiva – Casa di Cura Privata Le Terrazze Varese
- 2) ad effettuare tutte le operazioni connesse allo svolgimento della prestazione sopra indicata ivi comprese dove richiesto l'apposizione delle firme.

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(firma)

**DICHIARA INOLTRE ESPRESSAMENTE  
(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

che gli eventuali altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore/persona non autosufficiente sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

Il delegante

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante e delegato e modulo anamnesi**

**Nome e Cognome ATLETA** \_\_\_\_\_ **Data nascita** \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

Barrare il riquadro

**DOMANDE RIFERITE AL SOGGETTO DA VISITARE**

E' la prima volta che esegue una visita di idoneità per lo sport?

Se **no**, è mai stato giudicato NON IDONEO?  oppure SOSPESO?

Se ha già eseguito visite per l'idoneità sportiva, sono mai stati richiesti degli esami ulteriori?

Ha/ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

**diabete**  **malattie o aritmie cardiache**  **ipertensione arteriosa**

**ipercolesterolemia**  **epilessia**  **asma**  **mono rene**

**allergie**  Se sì, cosa \_\_\_\_\_

**altro**  \_\_\_\_\_

Ha mai subito **traumi cranici**?  Ha mai avuto episodi di **perdita di coscienza**?

**È stato operato/ricoverato?** Se sì, precisare quando e per quale motivi:

**Ha riportato fratture o altri infortuni?** Se sì, precisare quando e dove:

Attualmente sta assumendo **farmaci**?  Se sì, per quale motivo?

**Fuma?**  Quantità giornaliera? \_\_\_\_\_

Durante o al termine di un impegno sportivo ha mai lamentato malesseri quali:

**dolori al torace**  **disturbi del ritmo cardiaco**  **perdita di coscienza**

**DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)**

**Diabete**  Chi? \_\_\_\_\_

**Patologie cardiache**  Chi? \_\_\_\_\_

**Ipertensione arteriosa**  Chi? \_\_\_\_\_

**Morte improvvisa prima dei 40 anni**  Chi? \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE: io sottoscritto dichiaro di aver correttamente ed esattamente informato il medico delle mie pregresse ed attuali condizioni psicofisiche, dei pregressi ed attuali quadri patologici e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite di legge o di essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico.

**Firma del genitore/esercente patria potestà (se minorenne)** \_\_\_\_\_