

**IL GIORNO DELLA VISITA  
SI PREGA DI ESSERE MUNITI DI  
COPIA CARTA IDENTITA'  
COPIA TESSERA SANITARIA**

**SAMI SERVICE DI FIORETTI A. E C. S.A.S.**

Sede legale: Via Ziliani, 34 – 25039 Travagliato (BS)

Unità locale: Via Andrea Mai, 45 L/M – 25039 Travagliato (BS)

P.IVA 03304810983/ C.F.: 03304810983

**Espressione del consenso**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di non avere sintomi legati al covid-19 quali raffreddore, tosse, febbre, dolori muscolari, sintomi respiratori, etc.
- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al Covid-19 negli ultimi 14 giorni
- Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni, per quanto a mia conoscenza, contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19
- Di essere a conoscenza dell'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di sintomi respiratori (a titolo non esaustivo, temperatura corporea  $\geq 37.5^\circ$ , tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia, perdita di gusto ed olfatto, etc.)
- Di aver letto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali
- Di aver visionato e di essere stato istruito (anche mediante avvisi e cartellonistica) circa i protocolli applicati dalla società in materia di prevenzione del contagio Covid-19
  
- ACCONSENTO AL RILEVAMENTO DELLA TEMPERATURA CORPOREA  SÌ  NO

**FIRMA DELL'INTERESSATO**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Modulo anamnestico Medicina dello Sport

DATA .....

COGNOME..... NOME..... NATO IL.....

RESIDENTE A..... VIA..... N.....

PROFESSIONE..... MAIL.....

### DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (NONNI, GENITORI, FRATELLI/SORELLE)

Diabete SI NO CHI?

Asma SI NO CHI?

Ipertensione arteriosa SI NO CHI?

Cardiopatia ischemica o infarto SI NO CHI?

Patologie tiroidee SI NO CHI?

Morte improvvisa SI NO CHI?

Altro

### DOMANDE RIFERITE ALL'ATLETA

Fuma? Se si, quante sigarette al giorno e da quanto tempo?

Consuma alcolici o superalcolici? Se si, quanti di media al giorno?

Assume abitualmente o ha assunto dei farmaci in maniera continuativa?

Se si, quali e perche'?

### SOFFRE O HA SOFFERTO DI PATOLOGIE QUALI:

Diabete SI NO Usa insulina? SI NO

Malattie cardiache (aritmie, angina, fibrillazione atriale, problemi valvolari, infarto, scompenso cardiaco...) SI NO

Ipertensione arteriosa SI NO

Epilessia e/o altre malattie neurologiche SI NO Se si, quali?

Allergie SI NO Se si, quali?

Asma/broncospasmo SI NO Se si, tutt'ora?

Altre malattie respiratorie SI NO Se si, quali?

Ha mai avuto interventi chirurgici? SI NO

Se si, quali e quando?

Ha mai avuto fratture e/o infortuni rilevanti? SI NO

Se si, quali e quando?

Ha mai avuto traumi cranici? SI NO Se si, quando?

Con svenimento? SI NO Con ricovero? SI NO

Assenza o alterata funzione di qualche organo interno? SI NO

Se si, quale? Dovuta a?

Altre patologie da segnalare?

**DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA SPORTIVA HA MAI ACCUSATO  
MALESSERI IMPROVVISI QUALI:**

Dolori al torace SI NO Quando?\_\_\_ Con che frequenza?\_\_\_\_\_

Svenimenti SI NO Quando?\_\_\_ Con che frequenza?\_\_\_\_\_

Disturbi del ritmo cardiaco SI NO Quando?\_\_\_ Con che frequenza?\_\_\_\_\_

**NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE SPORTIVE**

Ha già eseguito visite per il rilascio di idoneità agonistica o non agonistica? SI NO

Se si, quale? NON AGONISTICA AGONISTICA

In tali visite è mai stato giudicato non idoneo? SI NO o sospeso? SI NO

Se si, per quale motivo?\_\_\_\_\_

Sono mai stati richiesti altri esami (come ad esempio Ecocardiogramma, Holter cardiaco, Holter pressorio, Test da sforzo massimale?.....)

Se si, per quale motivo?\_\_\_\_\_

*Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico circa le mie attuali condizioni psicofisiche e le patologie pregresse, di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni e di non essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro.*

*Il sottoscritto consente di sottoporsi all'accertamento proposto.*

Firma dell'atleta

(genitore o chi ne fa le veci se minorenni)

\_\_\_\_\_

scheda triage per SARS-COV-2

allegato1

Il sottoscritto [atleta] \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

dichiara:

di non aver mai ricevuto diagnosi di infezione da coronavirus formalmente accertata (tampone rinofaringeo positivo -analisi molecolare PCR)

di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da coronavirus (tra i quali, temperatura corporea  $\geq 37,5$  °C, tosse, senso di stanchezza (astenia), fatica a respirare (dispnea), dolori muscolari (mialgie), diarrea, disturbi a riconoscere gli odori (anosmia), disturbi del gusto (ageusia) **nelle ultime 2 settimane.**

di non aver avuto contatti stretti con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede

Data

\_\_\_\_\_ firma atleta (se maggiorenne) o firma genitore (se minore)

*Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà*

*In riferimento al D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 47 comma 2, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 75, il/la sottoscritto/a*

Cognome

Nome

Madre     Padre     Tutore

*consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000*

**DICHIARA**

di rilasciare la dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

di aver messo a conoscenza l'altro genitore (o chiunque che oltre a lui eserciti la potestà genitoriale del/della minore) della presente dichiarazione e di aver ricevuto il suo consenso

di essere l'unica persona esercente la potestà genitoriale del/della minore

Nota

*Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (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.*