



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI  
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284  
www.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

**SCHEDA ANAMNESTICO-INFORMATIVA RELATIVA ALL'ATLETA:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ sport praticato \_\_\_\_\_

Società di appartenenza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ C.I: n° \_\_\_\_\_

Rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL GENITORE SE L'ATLETA E' MINORENNE:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

Recapito tel. \_\_\_\_\_ C.F: \_\_\_\_\_

Carta Identità \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ dal Comune

di \_\_\_\_\_

*Pregasi restituire il modulo compilato e firmato in ogni sua parte  
rispondendo con si o no negli appositi spazi:*

L'atleta ha superato le malattie esantematiche quali Morbillo, Varicella, Rosolia, ect.?, indicare quali malattie sono state superate o se è stato vaccinato e per quali:

durante tali malattie il decorso è stato regolare \_\_\_\_\_ si sono verificate complicanze \_\_\_\_\_

se SI \_\_\_\_\_ quali \_\_\_\_\_

l'atleta ha in passato sofferto di: Malattia reumatica \_\_\_\_\_ Nefrite \_\_\_\_\_ Epilessia \_\_\_\_\_



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI  
Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284  
www.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

allergie \_\_\_\_ disturbi respiratori \_\_\_\_ otiti \_\_\_\_ svenimenti e/o perdita di coscienza \_\_\_\_

Diabete \_\_\_\_ disturbi ormonali \_\_\_\_ malattie cardiache \_\_\_\_ specificare con eventuali  
osservazioni ed integrazioni alle risposte di cui sopra:

L'atleta è stato sottoposto ad interventi chirurgici \_\_\_\_;

quali \_\_\_\_\_

Ha subito traumi e/o fratture \_\_\_\_\_

specificare: \_\_\_\_\_

L'atleta è in cura con farmaci \_\_\_\_; quali?

In famiglia ci sono stati casi di malattie cardiache \_\_\_\_ morti improvvise \_\_\_\_

L'atleta ha sempre conseguito l'idoneità alla pratica sportiva agonistica \_\_\_\_\_

L'atleta ha abusato o abusa di bevande alcoliche \_\_\_\_ fuma \_\_\_\_ ha mai usato droghe \_\_\_\_

**Ai sensi della Legge 675/1996 D. L. gs 196 del 30/06/2003 (legge Privacy) i presenti dati saranno usati unicamente per scopo personale di diagnosi e cura e per la certificazione richiesta**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **acconsente al trattamento dei dati personali**

**Firma** \_\_\_\_\_ (se l'atleta è minore la firma deve essere fatta dal genitore)

***Leggere attentamente:***

*il test al cicloergometro, effettuato presso i nostri ambulatori di medicina dello sport, è un test non invasivo finalizzato a valutare se l'atleta presenta delle controindicazioni, in atto, alla specifica disciplina sportiva per cui è stata richiesta la visita medica. Il test, qualora non ci siano le indicazioni cliniche anamnestiche in base al protocollo sanitario per il rilascio della idoneità, è submassimale ossia viene interrotto prima del raggiungimento*



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931 fax +39 0161 210284

www.aslvc.piemonte.it

---

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

*della frequenza cardiaca teorica massima. Ciò riduce ulteriormente i rischi di incidente che peraltro sono bassissimi. Lo sforzo muscolare a cui l'atleta viene sottoposto è pertanto da ritenersi inferiore allo sforzo fisico che normalmente effettua durante un normale allenamento di uno sport ad impegno cardio vascolare medio-elevato.*

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **accosente all'esecuzione del suddetto test ergometrico**

**Firma** \_\_\_\_\_ **(se l'atleta è minore la firma deve essere fatta dal genitore)**