

Mmedical

Via C. Costa 19/C
Modena-41124
Tel. 0597878320

LA STRUTTURA NON E' RESPONSABILE DI DICHIARAZIONI FALSE.
SE NON COMPILATO BENE, PUO' CAUSARE IL RITARDO DELLA CONSEGNA DEL CERTIFICATO
IL CERTIFICATO VERRA' CONSEGNATO IL GIORNO DOPO IL RICEVIMENTO DELLE ANALISI DELLE URINE

Autocertificazione per Visita di idoneità Sportiva

Informazioni sul cliente

Cognome	Nome	Data e luogo di Nascita
Città di residenza		Indirizzo
Documento di identità	Codice fiscale	
e-mail (IN STAMPATELLO necessaria per l'invio del certificato)		Cellulare
Sport per cui si richiede il certificato		Società
Professione	Visita specificare AGONISTICA O NON AGONISTICA	

STORIA CLINICA

FAMIGLIARITA' PER : (casi in famiglia fino ai nonni. Es: diabete si da parte di nonno paterno)

- | | | |
|------------------------|----|----|
| • DIABETE | SI | NO |
| • IPERTENSIONE | SI | NO |
| • PAT. CARDIOVASCOLARI | SI | NO |
| • PAT. RENALI | SI | NO |
| • CARCINOMI/TUMORI | SI | NO |

NASCITA: PARTO VAGINALE o PARTO CESAREO - A TERMINE o PRETERMINE

SVILUPPO NEUROPSICOMOTORIO: REGOLARE o IRREGOLARE (specificare : _____)

ETA' PRIMA MESTRUAZIONE:

DATA ULTIMA MESTRUAZIONE:

FUMO: SI NO (n. sigarette/giorno _____)

CONSUMO DI ALCOOL: No Basso Alto

MALATTIE SOFFERTE:

INTERVENTI CHIRURGICI:

INFORTUNI SPORTIVI E/O LAVORATIVI PIU' GRAVI:

FARMACI ASSUNTI ATTUALMENTE:

ALTEZZA: _____ PESO: _____

OBBLIGO LENTI: SI NO

vuole fissare già l'appuntamento per il prossimo anno prima della scadenza ? SI NO

Data

C.I.R.S.
CIRCOLO DIPENDENTI UNIVERSITA'
Via Berengario n. 4 - MODENA

FIRMA DELL'ATLETA O GENITORE

**PER AVERE COPIA DEL ECG REFERTATO VI E' UN
COSTO AGGIUNTIVO DI 20€**