



DICHIARAZIONE PRE-GARA PER ATLETI COINVOLTI IN DISCIPLINE A CONTATTO PIENO

Data combattimento: \_\_/\_\_/201\_ Luogo combattimento: \_\_\_\_\_

Tipo di riunione:  NORMALE  CAMPIONATO  (Altro) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* DOMANDE PER L'ATLETA \*\*\*\*\*

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Data di nascita : \_\_/\_\_/201\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Associazione e/o Società: \_\_\_\_\_ N° tessera e/o licenza: \_\_\_\_\_

Data dell'ultimo combattimento: \_\_/\_\_/201\_ Verdetto:  VITTORIA  SCONFITTA  PAREGGIO

Data dell'ultimo combattimento in sport affini Verdetto:  VITTORIA  SCONFITTA  PAREGGIO
 PUGILATO  (Altro) \_\_\_\_\_: \_\_/\_\_/201\_

Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente? (Barrare Si / No nelle parentesi)

- 1. Mal di testa (si) (no)
2. Vertigini (si) (no)
3. Nausea o vomito (si) (no)
4. Visione doppia o offuscata (si) (no)
5. Svenimento e/o perdita di coscienza (si) (no)
6. Convulsioni (si) (no)
7. Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni? (si) (no)
Se si, quali? \_\_\_\_\_
8. Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni? (si) (no)
Se si, cosa? \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/201\_ Firma dell'atleta: \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI .

In base all'articolo 23 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, preso atto della informativa e precisamente di quella riguardante l'articolo 13, acconsento ai sensi degli articoli 11, 20, 21, 22 del decreto in oggetto al trattamento dei miei dati personali

Data \_\_/\_\_/201\_ Firma dell'atleta: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* AREA RISERVATA AL MEDICO DI GARA \*\*\*\*\*

Per presa visione del medico che effettua la visita pre-gara

Timbro e firma \_\_\_\_\_