



REGIONE BASILICATA - A.S.P. di Potenza FEDERAZIONE MEDICO SPORTIVA ITALIANA

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT DI POTENZA

Via del Gallitello, 215 tel 097146537

url: www.centromedicinadello-sport-pz.it

mail: info@centromedicinadello-sport-pz.it

PER MINORENNI NON ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE: COMPILARE E RESTITUIRE FIRMATO AL CENTRO

Sig./ra _____ Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Documento d'identità _____ CF.: _____

Tessera sanitaria _____ n tel./cell.: _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

Prima visita

Visita successiva

Eventuali altri sport praticati _____

ANAMNESI FAMILIARE E PERSONALE

- Familiare: fra i tuoi stretti familiari si sono verificati casi di Ictus, infarto, diabete, ipertensione arteriosa, morte improvvisa o tumori? Se si quali _____

- Personale: Ti sono state diagnosticate alcune delle suddette malattie? Se si quali? _____

Assumi farmaci? Se si quali? _____

Hai subito fratture o infortuni negli ultimi cinque anni? Se si quali? _____

Sei mai stato ricoverato in ospedale? Se si per che motivo? _____

Hai mai subito interventi chirurgici? Se si quali? _____

Fumo _____ Alcolici _____

Potenza, li _____

Firma leggibile (del tutore se si tratta di minore) _____