

## DICHIARAZIONE ANAMNESTICA

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_

Patologie \_\_\_\_\_

Patologie negli ultimi due mesi \_\_\_\_\_

Farmaci utilizzati negli ultimi due mesi \_\_\_\_\_

Eventuali allergie e/o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

**Ai sensi del D.Lsg n.196/2003 esprimo il mio consenso al trattamento dei dati miei personali e sensibili esclusivamente a fini di diagnosi e cura.**

Firma dell' atleta \_\_\_\_\_

In caso di atleta minorenni, l'esercente la responsabilità genitoriale

**Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_**

**Firma del Medico per presa visione**

-----