



Allegato A

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

Luogo e data del combattimento: _____

Tipo di riunione (es.: normale, campionato, ecc.): _____

Domande per l'atleta

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Nazionalità: _____

Associazione e/o Società: _____ N° tessera e/o licenza: _____

Peso _____ Data dell'ultimo combattimento: _____ verdetto: _____

Data dell'ultimo combattimento in sport affini (pugilato, ecc): _____ verdetto: _____

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 sì, quali? _____ | |
| 8. Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni? | (si) (no) |
| Se sì, cosa? _____ | |

Data: _____ 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: _____ Firma dell'atleta: _____

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

Timbro e firma _____

