



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

