



**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 \_\_\_\_\_

