

## Dichiarazione pre-gara nei tornei per tutti i pugili (uomini e donne)

Luogo e data del combattimento: .....

Torneo .....

### Dichiarazione anamnestica

**Atleta:** Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... Nazionalità.....

**AOB**  N° tessera e/o licenza ..... ASD/SSD .....

Data dell'ultimo combattimento: ..... Verdetto .....

<b>Hai avuto alcuno di questi sintomi?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Visione doppia o offuscata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Svenimento e/o perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hai preso farmaci e/o integratori?</b>		
• Se si, quali e quando? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hai avuto malattie e/o traumi dopo l'ultimo combattimento?</b>		
• Se si, quali? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Autorizzo il trattamento dei dati personali e particolari. Mi impegno a non far uso di alcol e/o droghe e/o abuso di farmaci.**

**Firma dell'atleta** .....

In caso di **atleta minorenni**, l'esercente la responsabilità genitoriale o il Tecnico da lui Delegato Sig./Sig.<sup>ra</sup> ..... dichiara - come previsto all'art. 9 comma 20 del Regolamento Sanitario - di aver assistito alla visita pre-gara e che dopo il combattimento precedente non sono comparsi segni e/o sintomi sospetti e che l'atleta non ha assunto farmaci.

**Firma** .....

**Data** .....

**Per presa visione del Medico che effettua la visita pre-gara**  
.....  
(Timbro e firma)