



**Dichiarazione pre-gara per tutti i pugili
(uomini e donne)**

Luogo e data del combattimento:

Tipo di riunione pugilistica (es.: ordinaria, campionato, Torneo etc.):

Dichiarazione anamnestica

Atleta: Cognome Nome

Data e luogo di nascita Nazionalità

AOB **PRO** N° tessera e/o licenza Associazione e/o Società

Data dell'ultimo combattimento: Verdetto

Eventuale combattimento in sport affini al pugilato: **NO** **SI** Data..... Verdetto

Hai avuto alcuno di questi sintomi?	Si	No
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"/>
Hai preso farmaci e/o integratori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se si, quali e quando?		
Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se si, quali?		

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

Firma dell'atleta o dell'esercente la responsabilità genitoriale (se Minore).....

In caso di atleta minorene, l'esercente la responsabilità genitoriale Sig./Sig.^{ra} (di cui si allega copia del documento d'Identità) sottoscrive quanto sopra dichiarato e **delega** il Tecnico accompagnatore Sig./Sig.^{ra} per eventuali adempimenti sanitari correlati e che si impegna ad assistere alle visite pre-gara - come previsto all'art. 9 comma 20 del Regolamento Sanitario - e a dichiarare contestualmente ogni eventuale somministrazione di farmaci assunti dall'atleta e /o sintomi sospetti.

Firma

Data

Firma del Tecnico delegato

Per presa visione del Medico che effettua la visita pre-gara

.....

.....

(Timbro e firma)