

# AUTOCERTIFICAZIONE

Nome..... Cognome .....

Nato/a il ..... a..... Prov ( )

Residente a ..... in via .....

Codice fiscale: .....

## **(Domande riguardanti la familiarità di chi fa la visita)**

1-**Per quali di queste malattie sottoelencate ha familiarità?** (barrare la casella corrispondente )

Malattie di cuore  Malattie neurologiche  Malattie dei polmoni  Epilessia

Casi di morte improvvisa

## **(Domande che riguardano la storia di chi fa la visita)**

2-**Di quali malattie sottoelencate Lei ha sofferto in passato?**(barrare la casella corrispondente )

Malattie di cuore  Malattie neurologiche  Malattie dei polmoni  Epilessia

Scoliosi  Malattie infettive  se sì, quali.....

3-**Quali farmaci assume continuativamente**.....

4-**Precedenti interventi chirurgici**.....

5-**Di quali malattie Lei soffre attualmente** (in caso negativo scrivere nessuna)

.....  
.....  
.....

6-**Fumo**  sì  no

Data .....

.....

firma

**RISERVATO AI GENITORI DEI MINORENNI** il/la

sottoscritto/a.....

in quanto padre/madre/facente le veci di.....

dichiaro che mio figlio/a si trova in stato di buona salute e che è in grado di poter svolgere le attività proposte.

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo il medico da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute ma non emerse alla visita e non dichiarate in questo modulo.

Data .....

.....

firma