

AUTOCERTIFICAZIONE

Nome _____ Cognome _____
Nato/a il _____ a _____ Prov (____)
Residente a _____ in via _____
Cod. Fisc. _____
mail _____

DOMANDE RIGUARDANTI LA FAMIGLIARITA' 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 ha sofferto in passato?** (barrare la casella corrispondente)
 Malattie di cuore Malattie neurologiche Malattie dei polmoni
 Epilessia Scoliosi Malattie infettive. Se si quali _____

3) **Quali farmaci assume continuamente** _____

4) **Precedenti interventi chirurgici** _____

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

6) **Fumo** SI NO

Data _____
_____ firma

RISERVATO AI GENITORI DEI MINORENNI

il/la sottoscritto/a _____

in quanto padre madre facente le veci di _____

dichiaro che mio/a 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