



Scheda di autocertificazione per la valutazione dello stato fisico



Cognome	Nome
Nato a	il
Residente a	in Via
Tel.	Nr. Tessera sanitaria

ha subito	SI	NO
ricoveri ospedalieri		
interventi chirurgici		
fratture ossee		
Quali?		

ha mai avuto	SI	NO
problemi cardiaci		
problemi respiratori		
problemi al fegato		
problemi ai reni		
asma bronchiale		
convulsioni febbrili		
perdite di coscienza		
disturbi coagulativi		
traumi cranici		
traumi vertebrali		
traumi cervicali		
Altro		
Sa NUOTARE		

	SI	NO
assume medicine		
ha eseguito le vaccinazioni di legge		

è allergico a:	SI	NO
pollini o graminacee		
polvere o peli di animali		
alimenti		
quali?		
farmaci		
quali?		
altro		

soffre di:	SI	NO
disturbi visivi		
disturbi uditivi		
disturbi motori		
mal di testa		
dolori addominali		
dolori articolari		
dolori muscolari		
epistassi		
enuresi notturna		
altro		

data
firma

In conformità al D.lgs 196/03 e regolamento UE 2016/679 GDPR sulla tutela dei dati personali, le informazioni fornite dal questionario non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto o grave stato di necessità.