



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.