

**UOC Medicina dello Sport**

Perugia, Via della Pallotta 42  
Tel. 075 5412956 e-mail: [medsport.pg@uslumbria1.it](mailto:medsport.pg@uslumbria1.it)

Città di Castello, Via Engels  
Tel.075 8509693 e-mail: [medicina.sport@uslumbria1.it](mailto:medicina.sport@uslumbria1.it)

**Notizie anamnestiche riguardanti il minore** \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ titolo di potestà \_\_\_\_\_

del minore \_\_\_\_\_

DICHIARA sotto la propria responsabilità quanto segue:

malattie cardio-vascolari ( ..... ) Sì No  
diabete ( ..... ) Sì No  
allergie ( ..... ) Sì No  
traumi cranici con perdita di coscienza ( il ..... ) Sì No  
svenimenti / convulsioni ( ..... ) Sì No  
crisi epilettiche ( ..... ) Sì No  
eventuali farmaci assunti ( ..... ) Sì No  
interventi chirurgici ( ..... ) Sì No  
Altro .....

Data

Firma

**DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI MINORENNI O PERSONE INTERDETTE**

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ  
(Artt. 46, 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

il Sig./Sig.ra ..... nato/a ..... il .....  
consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi  
del Codice Penale

dichiara di essere  Padre  Madre  Tutore di ..... e DELEGA il

Sig./Sig.ra ..... nato/a ..... il .....

ad accompagnare il suddetto minore/persona interdetta presso la Medicina dello Sport per l'esecuzione della  
visita.

**Data** ..... **Firma per esteso del genitore/tutore** .....

Allegare: fotocopia di un documento d'identità valido di colui che ritira il referto (Genitore o Tutore)

**Ai sensi del D.Lgs 101/2018 ricordiamo che l'informativa per il trattamento dei dati personali è  
disponibile presso il nostro sito aziendale all'indirizzo <https://www.uslumbria1.it/media/privacy-000>**