

 Servizio Sanitario della Toscana Dipartimento di Prevenzione	IOD-DPRE/133.All.4 “Delega accompagnamento minore”	Rev. 3 08/08/2026 Pag. 1 di 3
	Struttura organizzativa certificata ISO 9001:2015	

L'atleta _____ C.F. _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via/piazza _____

documento d'identità n° _____ rilasciato da _____
 in data _____ con scadenza in data _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE (per atleta minorenni)

Il genitore/tutore _____ C.F. _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via/piazza _____

documento d'identità n° _____ rilasciato da _____
 in data _____ con scadenza in data _____

ACCONSENTE all'esecuzione degli accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato di idoneità ≤
 AGONISTICA ≤ NON AGONISTICA
 alla pratica della disciplina sportiva _____

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento UE 2016/679 sono
 disponibili all'indirizzo <https://www.uslsudest.toscana.it/privacy/privacy-in-azienda>

Data _____ Firma dell'atleta _____

Firma del genitore/tutore (per atleta minorenni) _____

DELEGA PER ACCOMPAGNAMENTO VISITA MEDICO SPORTIVA

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____
 nato/a a _____ il _____

In qualità di genitore/tutore dell'atleta _____
 nato/a a _____ il _____

impossibilitato/a ad accompagnare l'atleta minorenni alla visita medico sportiva, delego a sostituirmi il/la

Sig./Sig.ra _____ C.F. _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via/piazza _____
 documento d'identità n° _____ rilasciato da _____
 in data _____ con scadenza in data _____

anche al fine di rendere un'accurata anamnesi familiare e personale

Data _____ Firma del genitore/tutore _____

delego al ritiro del libretto sanitario sportivo e del certificato dell'atleta minorenni

Sig/Sig.ra _____ C.F. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____
documento d'identità n° _____ rilasciato da _____
in data _____ con scadenza in data _____

Data _____ Firma del genitore/tutore _____

DICHIARA DI RITIRARE IL LIBRETTO SANITARIO SPORTIVO ED IL CERTIFICATO

Data _____ Firma del delegato _____

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA RELATIVA ALL'ATLETA MINORENNE

Anamnesi familiare

- Malattie cardiache su base genetica, arresto cardiaco, morti improvvise anche in giovane età (nonni, genitori, fratelli, zii, parenti prossimi) ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

- Altre malattie (nonni, genitori, fratelli, zii, parenti prossimi) ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

Anamnesi fisiologica

- Nato/a a termine ☐ sì ☐ no (specificare _____)

- Per le donne: menarca ☐ sì ☐ no

se sì, specificare età _____

- Fumatore ☐ sì ☐ no

se sì, n° sigarette/die _____

- Uso alcolici ☐ sì ☐ no

- Farmaci utilizzati regolarmente o frequentemente ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

Anamnesi sportiva

- N° allenamenti effettuati/settimana _____ durata allenamento _____

- Sport precedenti / altri sport _____

Anamnesi patologica

- Malattie infettive ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

- Asma ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

- Altre patologie sofferte ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

- Convulsioni ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

- Vertigini / Svenimenti / Perdite di coscienza ☐ sì ☐ no

se sì, specificare _____

- Interventi chirurgici ☐ sì ☐ no

se sì, specificare_____

- Traumi / Fratture ☐ **sì** ☐ **no**

se sì, specificare_____

- Ricoveri in ospedale per altri motivi ☐ **sì** ☐ **no**

se sì, specificare_____

- Eventuali visite e/o accertamenti effettuati

Io sottoscritto/a dichiaro di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti del/della sopra generalizzato/a atleta minorenni che non è mai stato/a dichiarato/a non idoneo/a in precedenti visite medico sportive di legge. Inoltre dichiaro che il/la sopra generalizzato/a atleta minorenni a non fa uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. Dichiaro inoltre di essere stato informato della necessità di dover effettuare gli accertamenti previsti dal D.M. 18.02.1982, del loro potenziale rischio e di accettare comunque di far esaminare il/la sopra generalizzato/a atleta minorenni con le modalità che la legge prevede per la concessione di idoneità sportiva.

Data_____ **Firma del genitore/tutore**_____

*In allegato: copia documento di identità del dichiarante e del delegato