



Scheda di autocertificazione per la valutazione dello stato fisico



| | | | |
|--------------|----|-------------|--------|
| cognome | | nome | |
| nato a | il | residente a | in via |
| n° tess. san | | n° tel | |

| ha subito | SI | NO |
|-----------------------|----|----|
| ricoveri ospedalieri | | |
| interventi chirurgici | | |
| fratture ossee | | |
| quali? | | |

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

| 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 | | |

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

| | SI | NO |
|--------------------------------------|----|----|
| assume medicine | | |
| ha eseguito le vaccinazioni di legge | | |

| |
|-------|
| data |
| firma |

In conformità alla legge 675/96 sulla tutela dei dati personali, le informazioni fornite dal questionario non saranno comunicate o diffuse a terzi se non in caso di assoluto e grave stato di necessità.