

## Dichiarazione pre-gara per tutti i pugili

(uomini e donne)

Luogo e data del combattimento: .....

Tipo di riunione pugilistica (es.: ordinaria, campionato, ecc.): .....

### Dichiarazione anamnestica

**ATLETA:** Cognome..... Nome .....

Data e luogo di nascita ..... Nazionalità .....

AOB  PRO  N° tessera e/o licenza ..... Associazione e/o Società .....

Data dell'ultimo combattimento: ..... Verdetto .....

Data di eventuale combattimento in sport affini al pugilato ..... Verdetto .....

	Si	No
<b>Hai mai avuto alcuno di questi sintomi ultimamente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nausea o vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Visione doppia o offuscata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Svenimento e/o perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hai preso farmaci e/o integratori negli ultimi 90 giorni?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sì, quali? .....		
<b>Hai avuto malattie e/o traumi negli ultimi 120 giorni?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se sì, quali? .....		

**Firma dell'atleta o dell'esercente la patria potestà** .....

In caso di **atleta minorenni**, l'esercente la patria potestà Sig./Sig.<sup>ra</sup> .....  
(di cui si allega copia del documento d'identità) sottoscrive quanto sopra dichiarato e **delega** il Tecnico  
accompagnatore Sig./Sig.<sup>ra</sup> ..... per eventuali adempimenti sanitari correlati.

**Firma** .....

**Data** .....

**Per presa visione del Medico che effettua la visita pre-gara**

( Timbro e firma ) .....