

Si prega di compilare questa scheda accuratamente mettendo una crocetta solo sulle frasi che la riguardano. Sulla base delle informazioni riportate sulla scheda, che saranno tutelate dalle norme sulla privacy, verrà valutata la necessità di essere sottoposto/a a visita medica gratuita presso l'ambulatorio del CeRiSM prima di iniziare il corso di attività motoria.

NOME E COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ TELEFONO: _____

E-MAIL: _____

CORSO PRESCELTO:

- **EDUCAZIONE MOTORIA**
- **EDUCAZIONE MOTORIA LEGGERA**

NOME E COGNOME DEL MEDICO DI BASE: _____

ASSUMO REGOLARMENTE LE SEGUENTI MEDICINE:

SOFFRO OPPURE HO SOFFERTO IN PASSATO DI:

MALATTIE CARDIOVASCOLARI (ad esempio infarto, ictus, aritmia cardiaca)

Indicare quali: _____

MALATTIE RESPIRATORIE: (ad esempio asma, broncopatia ostruttiva)

Indicare quali _____

DIABETE

IPERTENSIONE

TUMORE

Indicare tipo e data di diagnosi: _____

OSTEOPOROSI

DISTURBO DELL'EQUILIBRIO

ALTRE PATOLOGIE CRONICHE (ad esempio dislipidemia, distiroidismo, malattia autoimmune, disturbo dell'umore, malattia neurologica, altro)

Indicare quali _____

HO AVUTO UNA **FRATTURA** NEGLI ULTIMI 2 ANNI

Specificare:_____

SONO PORTATORE DI ARTROPROTESI

Specificare:_____

NEGLI ULTIMI 2 ANNI HO AVUTO UN **RICOVERO OSPEDALIERO**

Specificare:_____

QUANDO FACCIO UNO SFORZO FISICO PROVO SPESSO SENSAZIONE DI DOLORE AL PETTO E/O FATICA A RESPIRARE, OPPURE SENSAZIONE DI SVENIMENTO.

Specificare:_____

NEGLI ULTIMI 5 ANNI HO SVOLTO I SEGUENTI ACCERTAMENTI:

(Allegare documentazione)

Visita cardiologica

ECG Holter 24h

Elettrocardiogramma a riposo

Holter pressorio

Prova da sforzo

Altra valutazione specialistica

Ecocardiogramma

Indicare quale:_____

Altre informazioni che ritiene siano utili al medico e/o all'insegnante del corso

Il sottoscritto:

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

DATA: _____

FIRMA: _____

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CERISM ENTRO IL 19 SETTEMBRE 2025:

- via e-mail all'indirizzo cerism@ateneo.univr.it

- presso la sede del CeRiSM: P.zza della Manifattura, 1 Edificio B01 dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 15.00

- dal 15 al 19 settembre presso Palazzo Alberti Poja in corso Bettini 41 dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00