

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 25 SETTEMBRE 2026:

- via e-mail all'indirizzo cerisrneateneo.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 21 al 25 settembre presso Palazzo Alberti Poja in corso Bettini 41 dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00