

CONI

FCI

LCP

**SCHEDA  
SANITARIA  
PER SPORTIVI  
PROFESSIONISTI**  
(non atleta)

cognome e nome: \_\_\_\_\_

(ART.7, LEGGE N.91/1981)

Numero d'ordine (n° tessera) ..... codice **NA**

Direttore Sportivo .....

Nato il ...../...../..... a .....



Società Sportiva .....

Data tesseramento ...../...../.....

Data istituzione scheda ...../...../.....

TRASFERIMENTI:

• dalla Società ..... alla Società .....  
in data ...../...../.....

• dalla Società ..... alla Società .....  
in data ...../...../.....

• dalla Società ..... alla Società .....  
in data ...../...../.....

Data interruzione attività professionistica ...../...../.....

Data trasmissione scheda alla Commissione Medica FCI: ...../...../.....

*N.B.: la scheda rinnovata per esaurimento della precedente deve riportare lo stesso n. d'ordine*

MEDICO RESPONSABILE DELLA SCHEDA

• **MEDICO SOCIALE** (*direttore sportivo tesserato per Gruppi Sportivi italiani*)

1. dr. ....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... società .....
2. dr.....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... società .....
3. dr.....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... società .....

• **MEDICO DI FIDUCIA** (*direttore sportivo non tesserato per Gruppi Sportivi italiani*)

1. dr.....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... società .....
2. dr.....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... società .....
3. dr.....  
dal ...../...../..... al ...../...../..... società .....

## SCHEDA SANITARIA per PROFESSIONISTI NON ATLETI

<b>Professionista</b> _____ nato il _____		CONTROLLO SEMESTRALE	CONTROLLO NON SEMESTRALE
Società Sportiva _____ Luogo e data _____			
<b>Anamnesi patologica</b>		<input type="checkbox"/> SI Patologia in atto <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI Patologia progressa <input type="checkbox"/> NO
note: _____			
Firma del professionista _____			
<b>Esame Obiettivo</b>			
	Segni clinici di malattie in atto	Segni clinici di malattie progressa	
generale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
app. cardiovascolare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
app. locomotore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
app. respiratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
<b>Giudizio clinico</b> _____			
<b>Conclusioni</b>			
Controindicazione temporanea alla pratica dell'attività professionistica per un periodo di _____ dal _____		Nessuna controindicazione alla pratica dell'attività professionistica	
<b>Osservazioni:</b> _____			
<b>Squalifiche per doping:</b> <input type="checkbox"/> SI dal _____ al _____ <input type="checkbox"/> NO			
Firma e timbro del medico sociale o medico di fiducia _____			