

CONI

FCI

LCP

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

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

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

Numero d'ordine (n° licenza) ..... codice **A**

Atleta .....

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** (*atleta tesserato per Gruppi Sportivi italiani*)

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

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

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

# SCHEDA SANITARIA per ATLETI PROFESSIONISTI

**Atleta** \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_

Società Sportiva \_\_\_\_\_  
Luogo e data \_\_\_\_\_

CONTROLLO SEMESTRALE	CONTROLLO NON SEMESTRALE
-------------------------	--------------------------------

**Anamnesi patologica**  SI Patologia in atto  NO

SI Patologia pregressa  NO

note: \_\_\_\_\_

Firma dell' atleta \_\_\_\_\_

**Esame Obiettivo**

	Segni clinici di malattie in atto		Segni clinici di malattie pregresse	
generale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
app. cardiovascolare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
app. locomotore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Accertamenti clinici e strumentali**

	Segni clinici di malattie in atto		Segni clinici di malattie pregresse	
cardiologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ematochimici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
respiratori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
radiologici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Giudizio clinico** \_\_\_\_\_

**Conclusioni**

Controindicazione temporanea  
alla pratica dell'attività  
professionistica per un periodo  
di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

Nessuna controindicazione  
alla pratica  
dell'attività professionistica

**Osservazioni:** \_\_\_\_\_

**Squalifiche per doping:**  SI dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  NO

Firma e timbro del medico sociale o medico di fiducia

Certificato di idoneità agonistica valido al \_\_\_\_\_  
rilasciato dal Dott. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

IDONEO  NON IDONEO  
 alla pratica dell'attività sportiva agonistica  
 ai sensi del D.M. 18/02/82.