

FEDERAZIONE AUTO MOTORISTICA SAMMARINESE
QUESTIONARIO SANITARIO
MEDICAL QUESTIONNAIRE

Nome/Cognome <i>Name/Surname</i>	
Indirizzo <i>Address</i>	
Data e luogo di nascita <i>Date and place of birth</i>	
Documento di identità <i>Identity Document</i>	

ANAMNESI / MEDICAL HISTORY

Familiare <i>Family</i>	
Fisiologica <i>Personal</i>	

Patologie recenti <i>Recent diseases</i>	
Patologie remote <i>Past diseases</i>	
Farmaci utilizzati <i>Drugs in use</i>	
Infortuni <i>Injuries</i>	
Allergie <i>Allergies</i>	

Fumo/smoke si/yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Alcool/Alcohol <input type="checkbox"/> si/yes <input type="checkbox"/> no
Vaccinazione antitetanica/ <i>tetanus vaccine</i>	Data/date

DICHIARAZIONE/DECLARATION

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, del mio stato di salute e della mia storia sanitaria.

Dichiaro di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive.

Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali, di sostanze incluse nell'elenco delle sostanze e dei metodi vietati dall'Agenzia Mondiale Anti-Doping e dichiaro di essere stato informato dei pericoli derivanti dall'uso di tabacco e di alcool.

As undersigned I declare to have exactly informed my Doctor about my current psycho-physical conditions, about my health and about my medical history.

I furthermore declare to have always been stated as fit in the past sports medical check-ups..

Moreover, I commit not to use drugs which are renowned as being illegal, substances which are included in the list of substances and methods forbidden by the World Anti-Doping Agency and I declare to have been informed about dangers coming from the use of tobacco and alcohol.

San Marino, _____

Firma /Signature
