

## CERTIFICATO DI DIAGNOSI – PARACANOA

Compilare il modulo sottostante in tutte le sue parti

L'atleta richiede di sottoporsi alla visita di Classificazione Nazionale. Per facilitare il processo di classificazione è richiesta una conferma della diagnosi medica dal proprio medico curante.

NOME:

COGNOME:

SESSO: M      F

DATA DI NASCITA (gg/mm/aa):

SOCIETA':

FIRMA DELL'ATLETA:

RICHIESTA PER CLASSIFICAZIONE IN:      KAYAK      VA'a

**DETTAGLI MEDICI** *(questa sezione deve essere compilata dal proprio medico):*

DIAGNOSI MEDICA:

DATA DELLA DIAGNOSI (gg/mm/aa):

STATO DELLA CONDIZIONE:    STABILE                      DETERIORANTE                      FLUTTUANTE

CI SONO ALTRI FATTORI CHE POSSONO INFLUENZARE LA FORMA FISICA DEGLI ATLETI?

*(Es: Epilessia, diabete, malattie cardiache, cancro, allergie gravi, ipertensione arteriosa, ecc..)*

**DICHIARAZIONE** *(questa sezione deve essere compilata dal proprio medico):*

DICHIARO CHE CONOSCO IL PAZIENTE DA ANNI      E CERTIFICO CHE IL PAZIENTE RISULTA AFFETTO  
DALLA PATOLOGIA SU DICHIARATA.

NOME E COGNOME DEL MEDICO:

DATA (gg/mm/aa):

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO