



Regione Lombardia

## SERVIZIO DI DIABETOLOGIA

(Timbro Ente erogatore)

## ATTESTATO PER OTTENERE IL CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

In base alla legge 115 del 16.03.1987 su "Disposizioni per la prevenzione e la cura del Diabete Mellito di cui alla G.U. n°71 del 26.03.1987, Art.8 comma 2"

Si attesta che \_\_\_\_\_ è affetto da diabete mellito insulinodipendente;  
pratica terapia insulinica con n° \_\_\_\_\_ somministrazioni/die.

E' portatore di microinfusore \_\_\_\_\_ (SI/NO)

L'Hb glicata (media negli ultimi tre mesi) è \_\_\_\_\_

L'atleta (l'atleta e i genitori) è in grado di mantenere le condizioni ottimali di autocontrollo e terapia della malattia ed è istruito sui comportamenti da tenere in corso di attività sportiva.

Attualmente è in condizioni di **(buono/sufficiente/scarso)** controllo glicemico.

**Non presenta/presenta** complicanze d'organo o di apparato correlate: \_\_\_\_\_

Tipo di sport per il quale si richiede il certificato: \_\_\_\_\_

Per gli usi consentiti di legge

Data, \_\_\_\_\_

**IL DIABETOLOGO**



Regione Lombardia

## MODELLO DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara  
di assumersi l'impegno di osservare/far osservare le terapie ed i provvedimenti suggeriti dal Dott.  
\_\_\_\_\_ del servizio di  
diabetologia \_\_\_\_\_ al fine di mantenere  
stabili le condizioni di controllo glicemico del diabete di cui è affetto/a  
mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma dell'atleta  
(o del genitore/tutore legale se minore)