



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)