

**CERTIFICAZIONE MEDICO DIABETOLOGO**

Alla c.a. del Medico Specialista in Medicina dello Sport

Si certifica che il/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Che richiede il certificato agonistico per lo sport:

\_\_\_\_\_

è affetto/a da Diabete Mellito dal \_\_\_\_\_.

**TERAPIA ATTUALE:**

- solo terapia dietetica
- terapia insulinica multi-iniettiva
- terapia insulinica mediante microinfusore
- terapia combinata (ipoglicemizzanti orali + insulina)
- ipoglicemizzanti orali
- altro

Specificare quali farmaci:

\_\_\_\_\_

**AUTOGESTIONE DEL DIABETE:**

- rispetta le norme dietetiche:  SI'  NO
- effettua autogestione del diabete con ripetute determinazioni/monitoraggio della glicemia:  SI'  NO
- è istruito sui comportamenti da tenere in corso di attività sportiva:  SI'  NO
- è in grado di adeguare la terapia e la dieta in base al dispendio energetico e alle caratteristiche specifiche dell'attività sportiva svolta (in allegato la dichiarazione di responsabilità).  SI'  NO



**Dichiarazione di Responsabilità**

Il sottoscritto atleta \_\_\_\_\_

ovvero (per i minorenni)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ esercitante la patria potestà sull'atleta \_\_\_\_\_

Richiedente la certificazione di idoneità sportiva agonistica relativamente allo sport \_\_\_\_\_

dichiara di

1. assumersi l'impegno di OSSERVARE (ovvero di FAR OSSERVARE AL SUDETTO ATLETA) le terapie ed i provvedimenti suggeriti dai medici curanti, al fine di mantenere le attuali condizioni di compenso metabolico della malattia diabetica di cui è (ovvero: di cui l'atleta è) portatore, assumendosi la responsabilità delle eventuali conseguenze derivanti dalla loro trasgressione.
2. di esser stato adeguatamente informato dell'opportunità di comunicare alla Società Sportiva di appartenenza la presenza della propria malattia diabetica, affinché possano venir adottate le idonee misure comportamentali nel caso l'atleta stesso dovesse soffrire, durante gli allenamenti o le competizioni, di sintomatologia acuta attribuibile alla malattia diabetica.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

In fede  
Firma dell'atleta, ovvero (per i minorenni) di  
chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_