

**Nome Completo \***

Nome

Cognome

**Indirizzo**

Indirizzo

Indirizzo Riga 2

Città

Nazione / Provincia

Codice Postale

**Età**

Anni

**Altezza**

Cm

**Peso**

Kgs

**Email**

esempio@esempio.com

**Codice Fiscale**

**Se si hanno problemi di salute diagnosticati, elencare le condizioni.**

**Se stai assumendo farmaci, ti preghiamo di elencarli.**

**Quali terapie aggiuntive vengono intraprese per i problemi di salute riscontrati?**

**Stai vivendo stress o problemi motivazionali?**

Si

No

**Qualcuno dei tuoi parenti stretti ha sviluppato malattie cardiache prima dei 60 anni?**

Si

No

**Ci sono malattie nella tua famiglia?**

Si

No

**Soffri di diabete, asma, pressione alta o bassa?**

Si

No

**Sei un fumatore di sigarette abituale?**

Si

No

**La tua dieta attuale potrebbe essere meglio caratterizzata come:**

Poco grasso

Con pochi carboidrati

Alto contenuto di proteine

Vegetariano / Vegano  
Nessuna dieta speciale

**Valuta la tua attività fisica : 1 zero attività - 10 atleta**

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1                     | 2                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3                     | 4                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5                     | 6                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7                     | 8                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9                     | 10                    |

**ACCETTO I TERMINI E LE CONDIZIONI DI CUI SOPRA! \***

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si                    | No                    |