

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993.
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
- I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge regionale 66/1981.
- I dati verranno riportati sulle Schede di Valutazione Medico Sportiva che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dall'art. 31 e seguenti del D. Lgs 196/03).
- I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla società sportiva e alla federazione o ente di promozione sportiva di riferimento;
 - in chiaro alla ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U. O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle norme sopra citate.
- Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del d. Lgs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
- Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Poliambulatorio A&M SERVIZI SRL di Castegnato (BS) in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il responsabile del trattamento è il Dott. GABANETTI PIERLUCA responsabile del Poliambulatorio.
- Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per la carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art.23 D. Lgs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito della finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- L'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- La mia comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome _____ Cod. Fiscale _____
(dell'atleta)

Nata/o a _____ il _____

Esprimo il mio al trattamento dei dati personali e sensibili in quanto:

- DIRETTO INTERESSATO
- GENITORE
- CURATORE/TUTORE
- AMMINISTRARE DI SOSTEGNO
-

Data _____ Firma leggibile _____
(del genitore se l'atleta è minorenne)

Al momento della visita medico sportiva l'atleta deve presentarsi con:

- Tessera sanitaria/codice fiscale
- Documento d'identità
- Questionario anamnestico compilato (vedi seguito)

Questo questionario, oltre ad avere valore legale, è necessario al medico che visita per avere notizie precise sulla salute dell'atleta;

Se l'atleta è minorenne (inferiore ai 18 anni) deve essere **compilato e firmato solo dai genitori**
Senza questionario completo e firmato non sarà possibile rilasciare il certificato di idoneità alla pratica sportiva.

- Eventuale documentazione medica in possesso dell'atleta riguardante problematiche di salute o malattia, precedenti e/o in corso, ed eventuali danni riportati;

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (domande riferite ai famigliari)

Malattie dei nonni, genitori, fratelli, sorelle:

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> MALATTIE CARDIACHE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni <input type="checkbox"/> | genitori <input type="checkbox"/> |
| | | | Fratelli <input type="checkbox"/> | sorelle <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> IPERTENSIONE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni <input type="checkbox"/> | genitori <input type="checkbox"/> |
| | | | Fratelli <input type="checkbox"/> | sorelle <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> DIABETE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni <input type="checkbox"/> | genitori <input type="checkbox"/> |
| | | | Fratelli <input type="checkbox"/> | sorelle <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> PROBLEMI NEUROLOGICI | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni <input type="checkbox"/> | genitori <input type="checkbox"/> |
| | | | Fratelli <input type="checkbox"/> | sorelle <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> ALTRE MALATTIE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni <input type="checkbox"/> | genitori <input type="checkbox"/> |
| | | | Fratelli <input type="checkbox"/> | sorelle <input type="checkbox"/> |

ANAMNESTICO PERSONALE (domande all'atleta da visitare)

• MALATTIE COMUNI DELL'INFANZIA

Morbillo Rosolia Varicella Pertosse Parotite

• ALTRE MALATTIE

- Diabete SI NO
- Cardiache (di cuore) SI NO Se si quali? _____
- Respiratorie (es. asma) SI NO Se si quali? _____
- Apparato digerente SI NO Se si quali? _____
- Malattie reumatiche SI NO Se si quali? _____
- Malattie renali SI NO Se si quali? _____
- Malattie neurologiche SI NO Se si quali? _____
- Malattie ortopediche SI NO Se si quali? _____
- Allergie ad alimenti o farmaci SI NO Se si quali? _____
- Altre malattie SI NO Se si quali? _____
-

• INTERVENTI CHIRURGICI

tonsille adenoidi appendicite ernia inguinale
altro se si quali? _____

• INFORTUNI

Fratture SI NO distorsioni SI NO lussazioni SI NO
Traumi cranici SI NO altri SI NO se si quali? _____

• NOTE

- Tipo di lavoro/professione praticata _____
- Fumatore SI NO se si quante sigarette al giorno? _____
- L'atleta prende medicinali? SI NO se si quali? _____

Per quali malattie? _____ da quanto tempo? _____

L'atleta ha dovuto interrompere l'attività sportiva per motivi di salute? SI NO

Se si per quale motivo? _____ per quanto tempo? _____

Eventuali altre informazioni _____

FIRMA ATLETA (se minore genitore)

ECG

IDONEO NON IDONEO SOSPESO

alla pratica di attività sportiva non agonistica

_____ li _____

Timbro e firma del medico certificatore