



Data

RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ AGONISTICA E NON AGONISTICA

Cognome e Nome dell'atleta:

Nella famiglia **dell'atleta** (genitori, fratelli, sorelle, nonni) si sono verificate le seguenti patologie?

(se si specificare quali e quale/i familiare/i)

MALATTIE CARDIOVASCOLARI IPERTENSIONE ARTERIOSA
MORTE IMPROVVISA GIOVANILE (prima dei 40 anni) DIABETE ALTRO

La nascita dell'atleta è avvenuta: A TERMINE CON PARTO PREMATURO

L'atleta ha avuto disturbi nel 1° anno di vita? NO SI'

Se si indicare di che tipo

L'atleta ha mai avuto episodi convulsivi? NO SI'

Se si indicare se è stato trattato con farmaci – quali

E' mai svenuto? Quando? NO SI'

Ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza?

Se sì: in quali occasioni?

Ha mai sofferto di reumatismi nel sangue? (elevato tasso antistreptolisinico – TAS) NO SI'

Soffre di asma? NO SI' allergie? NO SI'

Se sì. indicare se: A farmaci Agli alimenti A piante, erbe , pollini

Indicare terapie

L'Atleta è mai stato ricoverato in Ospedale? NO SI'

indicare se PER MALATTIE – QUALI?

PER INTERVENTO CHIRURGICO – QUALI?

Ha mai subito: Fratture Distorsioni

Se si indicare quali

L'atleta: SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA? NO SI'

Quale/i?

ASSUME REGOLARMENTE FARMACI? NO SI'

Quali?

FUMA – CONSUMA ALCOOL? NO SI'

Quantità? :

Attualmente STA BENE? NO SI'

Se no quali sono i problemi

(SE FEMMINA) Menarca anni Data ultima mestruazione

Firma dell'atleta (o del genitore se minorenni)



Data

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a dichiaro di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti.

In caso di visita per attività sportiva AGONISTICA: di non essere mai stato dichiarato non idoneo, e/o di non avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe ritenute illegali e do atto di essere stato informato sui pericoli derivanti dall'uso di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente

Firma del dichiarante

Io sottoscritto/a genitore/tutore esercente la potestà legale nei confronti di dichiaro di aver informato il medico delle attuali condizioni psico-fisiche del minore e delle sue affezioni precedenti.

In caso di visita per attività sportiva AGONISTICA: che non è mai stato dichiarato non idoneo, e/o che non ha in corso sospensioni o che non è in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre si impegna a non fare uso di droghe ritenute illegali e da' atto di essere stato informato sui pericoli derivanti dall'uso di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Presto altresì il consenso in nome e per conto del minore ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente

Firma del genitore/tutore

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13-14 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (GDPR) PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente normativa:

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore, da intendersi come dati particolari
- quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18/02/1982 - 24/04/2013 e s.m.i, da intendersi come dati particolari
- quelli spontaneamente da Lei forniti, da intendersi come normali o particolari in ragione del loro contenuto

2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai protocolli sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981, non saranno diffusi a soggetti indeterminati, né saranno ceduti a terzi e saranno tenuti per il tempo previsto dalla legislazione vigente.

3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee.

4. I dati potranno essere comunicati:

- senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento.
- in chiaro, alla ATS competente per territorio;
- in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.

5. Richiamiamo integralmente ai sensi dell'art. 15 GDPR, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.

6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport "CMS", Via F.lli di Dio 31/D, Sesto San Giovanni (MI) in persona del Legale Rappresentante e che il Responsabile del trattamento è il Dr. Uberto M. Santoboni, Direttore Sanitario del Centro. Al titolare del trattamento o al Responsabile sopra indicato Lei potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art 15 GDPR, di cui è a disposizione copia in caso di sua richiesta

7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e - relativamente all'attività sportiva agonistica - di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art. 7 GDPR

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle 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 di dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi di cui al punto 4

Cognome e Nome

Firma leggibile del dichiarante

Cognome e Nome del minore

Cognome e Nome del genitore/tutore Cod. Fisc.

Firma del genitore/tutore