



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** .....