

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL D. LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI 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 dagli art.31 e seguenti del D. L.gs 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 normative sopra citate.
- Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art.7 del D. L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
- Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport MARATHON SRL in persona del Diretto Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il Dr. ROSA ERMES Responsabile del Centro.
- 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 carenza di documentazione.

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

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 dei dati di cui al punto 1;
- La comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

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

Nato/a _____ il _____

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

- DIRETTO INTERESSATO
 GENITORE
 CURATORE/TUTORE
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Data _____ Firma dell'atleta _____
maggiorenne

Firma del genitore _____
SOLO se l'atleta è minorenn



Via Creta, 56/D - 25124 BRESCIA
Tel. 030.220064 - 030.220565
Tel. e Fax 030.226184

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

- 1) Richiesta della società compilata con i dati, timbro e firma della società sportiva d'appartenenza e con i dati anagrafici dell'atleta;
- 2) Tessera sanitaria;
- 3) Codice fiscale;
- 4) Documento d'identità personale;
- 5) Certificato "giallo" della precedente visita medico sportiva se si tratta di un rinnovo (per gli atleti maggiorenni non è obbligatorio);
- 6) 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 minorenn (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 agonistica;**
- 7) Eventuale documentazione medica in possesso dell'Atleta riguardante problemi di salute o malattia, precedenti e/o in corso, ed eventuali danni riportati;
- 8) Al momento della visita, se possibile, l'Atleta deve presentarsi in tuta da ginnastica per sua maggiore comodità.

COGNOME _____ NOME _____
(dell'atleta) (dell'atleta)

NATO IL _____ A _____

TEL. FISSO _____ TEL. CELLULARE _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (domande riferite ai famigliari)

Malattie dei nonni, genitori, fratelli e sorelle:

- | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| • MALATTIE CARDIACHE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni fratelli <input type="checkbox"/> | genitori sorelle <input type="checkbox"/> |
| • IPERTENSIONE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni fratelli <input type="checkbox"/> | genitori sorelle <input type="checkbox"/> |
| • DIABETE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni fratelli <input type="checkbox"/> | genitori sorelle <input type="checkbox"/> |
| • PROBLEMI DI TIPO NEUROLOGICO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni fratelli <input type="checkbox"/> | genitori sorelle <input type="checkbox"/> |
| • ALTRE MALATTIE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | dei nonni fratelli <input type="checkbox"/> | genitori 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? _____
(es. stomaco, fegato, intestino)
- Malattie reumatiche SI NO Se si quali? _____
- Malattie renali SI NO Se si quali? _____
- Malattie Neurologiche SI NO Se si quali? _____
(es. epilessia, paresi)
- 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 Appendice 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 Quante sigarette al giorno? _____

- L'atleta prende medicinali? SI NO Se si quali? _____

Per quale malattia? _____ Da quanto tempo? _____

- Quante ore di sport l'atleta svolge durante la settimana? _____

- 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 _____

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto (nome e cognome dell'atleta) dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e dò atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data _____ Firma dell'atleta maggiorenni _____

Firma del genitore _____
SOLO se l'atleta è minorenni

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto (nome e cognome dell'atleta) chiedo di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o test di Master. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test contiene intrinsecamente un margine di rischio per lo sviluppo di ischemia coronaria e/o aritmie ipercinetiche; sono stato informato che durante l'esecuzione potrebbero insorgere disturbi quali dolore al petto, difficoltà della respirazione, palpitazione, senso di mancamento e che dovrò tempestivamente avvertire il personale medico ed infermieristico nel caso in cui tali sintomi potessero manifestarsi.

Tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tale da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica dello stress.

Data _____ Firma dell'atleta maggiorenni _____

Firma del genitore _____
SOLO se l'atleta è minorenni

