

Notizie utili a cura dei genitori prima di effettuare la vista

Cognome e Nome dell' Atleta.....

Nato ail.....

Eventuali malattie familiari:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DIABETE | <input type="checkbox"/> TROMBOSI O ICTUS |
| <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA | <input type="checkbox"/> IPER O IPOTIROIDISMO |
| <input type="checkbox"/> INFARTO DEL MIOCARDIO | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO..... | |

Malattie dell'Atleta:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MORBILLO | <input type="checkbox"/> REUMATISMO ARTICOLARE |
| <input type="checkbox"/> VARICELLA | <input type="checkbox"/> BRONCOPOLMONITE |
| <input type="checkbox"/> ROSOLIA | <input type="checkbox"/> ASMA BRONCHIALE |
| <input type="checkbox"/> SCARLATTINA | <input type="checkbox"/> ALLERGIA |
| <input type="checkbox"/> PAROTITE | <input type="checkbox"/> CRISI EPILETTICHE |
| <input type="checkbox"/> PERTOSSE | <input type="checkbox"/> EMICRANIA O CEFALEA |
| <input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE | <input type="checkbox"/> ALTRO..... |

Interventi chirurgici e/o infortuni gravi subiti dall'atleta:

.....
.....

Assume farmaci con regolarità.....

Sono mai stati richiesti ulteriori accertamenti dopo visite di idoneità? Si No

Se si quali.....

Dichiarazione

Io sottoscritto 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 do 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.

Firma del genitore

.....

Data.....

E' importante barrare con una crocetta le voci interessate, datare e firmare il foglio.

Informativa ai sensi dell'EX art 13 del D. Lgs 196/2003 per il trattamento di dati personali

- 1) **Per dati personali s'intendono**, ai sensi della seguente 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 D.M.18/02/1982 e 04/03/1993
 - quelli spontaneamente da Lei forniti
- 2) **I dati vengono da noi raccolti** con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
- 3) **I dati verranno riportati** su "Schede di valutazione medico sportiva" e verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo gli art. 31 e seguenti del D. Lgs. 193/03).
- 4) **I dati verranno comunicati:**
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento
 - in chiaro all'A.S.L. competente per il territorio
 - in forma anonima alla U.O. Prevenzione Generale Sanità della Regione Lombardia per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate
- 5) **Richiamiamo integralmente**, ai sensi dell'art. 7 D. Lgs 196/03, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
- 6) **Le segnaliamo** che il **Titolare del trattamento** ad ogni effetto di Legge è l'Ambulatorio Medico Sportivo SANTA CRESCENZA s.r.l. in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il **Responsabile del trattamento** è la Dr. ssa Adelia Gementi Responsabile dell'Ambulatorio.
- 7) 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.Lgs. 193/03

Apponendo la firma in calce al seguente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in 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 a terzi ai sensi del precedente punto **4**.

Dati dell'Atleta o del tutore se minore

Nome e Cognome.....Cod.Fiscale.....

Nato/a.....il.....

Data,.....

.....
Firma leggibile dell'interessato/a o del
tutore se minore