

Centro di Medicina dello Sport
Via Udino Bombieri, 77
00062 Bracciano
Tel: 06.99803655
Web: www.oropediadellosport.it @: l.gatta@tiscali.it

Data.....

COGNOME e NOME dell'Atleta.....

**RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA DI IDONEITA' ALLA
ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA E CERTIFICATO DI BUONA SALUTE**

Nella famiglia dell'Atleta (genitori – nonni) vi sono stati casi di:

Malattie cardiovascolari Ipertensione Diabete Morte improvvisa

La nascita dell'Atleta è avvenuta A termine Con parto prematuro

Il parto è stato Regolare Con forcipe o ventosa Con taglio cesareo

L'Atleta ha avuto disturbi nel primo anno di vita NO SI

Se si indicare di che tipo.....

L'Atleta ha avuto episodi convulsivi NO SI

Se si indicare se è stato trattato con farmaci – quali.....

L'Atleta ha sofferto di reumatismi nel sangue NO SI

L'Atleta soffre di allergie NO SI

Se si indicare se A farmaci Agli alimenti A piante, erbe , polline

L'Atleta è mai stato ricoverato in Ospedale NO SI

Se si indicare se Per malattie - quale - quando.....

Per intervento - quale - quando

L'Atleta ha mai subito infortuni (Fratture, Distorsioni, Traumi) NO SI

Se si indicare di che tipo.....

L'Atleta ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza NO SI

Attualmente l'atleta soffre di qualche patologia NO SI

Se si quale.....

Assume regolarmente farmaci NO SI

Se si quali.....

Menarca anni..... Ultima mestruazione.....

Attualmente sta bene NO SI

Firma del genitore

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

1. 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 per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 31 e seguenti del D.L.gs196/03).
4. I dati verranno comunicati :
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione e 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.
5. Richiamiamo integralmente ai sensi dell'art.7 del D.L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è Prof. Luigi Gatta in qualità di direttore sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il Prof. Luigi Gatta, responsabile del Centro.
7. Nel caso di 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 a terzi ai sensi del presente punto 4.

Nome e Cognome.....

Codice fiscale.....

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

Data.....

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