

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

IN FAMIGLIA (GENITORI E NONNI) vi sono stati casi di:

DIABETE	SI	NO	MALATTIE NEURODEGENERATIVE	SI	NO
CARDIOPATIE	SI	NO	IPERTENSIONE O ICTUS	SI	NO

L'ATLETA :

• SOFFRE DI MALATTIE CONGENITE? Se sì, quali? _____	SI	NO
• HA SOFFERTO DI SCOLIOSI?	SI	NO
• HA SOFFERTO DI DISPLASIA DELL'ANCA?	SI	NO
• HA MAI SOFFERTO DI MALATTIE REUMATICHE? Se sì, quali _____	SI	NO
• HA MAI AVUTO ATTACCHI EPILETTICI? Se Sì, di che tipo? _____	SI	NO
• SOFFRE DI ALTRE MALATTIE? (cardiovascolari, del sistema endocrino, del sistema nervoso,...) Se sì, quali? _____	SI	NO
• E' MAI STATO SOTTOPOSTO A INTERVENTI? Se sì, quali? _____	SI	NO
• HA MAI SUBITO INFORTUNI? Se sì, quali? _____	SI	NO
• HA MAI PERSO COSCIENZA?	SI	NO
• SOFFRE DI ALLERGIE? Se sì, quali? _____	SI	NO
• HA MAI ESEGUITO ESAMI STRUMENTALI? (Holter, Rmn,Tac,Ecocardio...) Se Sì, quali? _____	SI	NO
• ASSUME ABITUALMENTE FARMACI? Se sì, quali? _____	SI	NO
• ABUSA DI ALCOLICI O FA USO DI STUPEFACENTI?	SI	NO
• FUMA?	SI	NO

DICHIARO DI AVER FORNITO TUTTE LE INFORMAZIONI E RICHIESTE CON COSCIENZA E CORRETTEZZA.

DATA E FIRMA \_\_\_\_\_



BISAPIENS s.a.s. - Vicolo Villa,19 – 20091 Bresso (MI)  
Tel.02/6143113 – 02/66500870 – Fax 02/66507819

[www.medicalcenterbresso.it](http://www.medicalcenterbresso.it) n- medicalcenterbresso@gmail.com

Non tagliare

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
tipo documento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
genitore o tutore esercitante la patria potestà  
di \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DELEGA**

Il Sig./La Sig.ra \_\_\_\_\_  
ad accompagnare il proprio figlio alla visita medico-sportiva ed a firmare in  
propria vece.

\*\*\*\*\*

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolam.UE 679/16 per il trattamento dei dati personali

1) Per dati personale s' intendono :

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare dalle nostre prestazioni mediche
- quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai DM18/02/1982 e 04/03/1993
- quelli spontanei da lei forniti

2) I dati saranno raccolti: in ottemperanza alla Legge Reg. 66/1981 e sopra richiamati decreti

3) I dati saranno trascritti: sulle Schede di Valutazione Medico Sportiva

4) I dati saranno comunicati:

- senza diagnosi clinica alla Federazione Sportiva/Ente e alla Società Sportiva di riferimento
- in chiaro, all' ATS di competenza
- in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale di Sanità

Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato per carenza di documentazione.

**CONSENSO** ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 679/16

Firmando in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito e modalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso sia richiesto ai sensi di legge.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Non tagliare

- DA ALLEGARE: - ANAMNESI COMPILATA DA PARTE DEL GENITORE O TUTORE LEGALE DELL'ATLETA MINORENNE  
- EVENTUALI REFERTI MEDICI  
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL GENITORE

## FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line.

*Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, del D.Lgs. 193/03 novellato dal D.Lgs.101/18 e del Provvedimento del Garante del 19 novembre 2009 su "linee guida in temi di referti on-line"*

Il/la sottoscritto/a.....

e-mail .....

(al fine di trasmettere contenuti informativi in relazione a prodotti o servizi forniti)

### DICHIARA

Di aver ricevuto la nota informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione online e di autorizzare il trattamento dei dati personali comuni e particolari per finalità di consultazioni sul sito web [www.medicalcenterbresso.it](http://www.medicalcenterbresso.it) dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento dell'attivazione del servizio di consultazione online dei propri referti sul sito web [www.medicalcentebresso.it](http://www.medicalcentebresso.it) e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singola prestazione a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocare in ogni momento l'adesione al predetto servizio.

Tutto ciò premesso, liberamente, spontaneamente e consapevolmente, il sottoscritto esprime:

- Il CONSENSO al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line
- Il RIFIUTO al trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line

Data .....

Firma .....