

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 _____

Non tagliare



BISAPIENS s.a.s. - Vicolo Villa,19 – 20091 Bresso (MI)

Tel.02/6143113 – 02/66500870 – Fax 02/66507819

www.medicalcenterbresso.it n- medicalcenterbresso@gmail.com

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 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 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