



CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

OSIO SOTTO (BG) - Via Milano, 23
Telefono 035.881.975

QUESTIONARIO ANAMNESTICO
DA COMPILARE DA PARTE DEI FAMILIARI DELL'ATLETA MINORENNE

Nome dell'atleta Età Tel.
ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLOGICA

Malattie a carattere ereditario nei parenti prossimi (es. diabete, ipertensione, cardiopatie, epilessia...)

☐ NO ☐ SI Quali
Eventuali episodi di morte improvvisa ☐ NO ☐ SI

Data prima mestruazione
Data ultima mestruazione
Fumo: ☐ NO ☐ SI/di
Alcool: ☐ NO ☐ Ai pasti ☐ Abbondante

Malattie nel passato al di fuori delle comuni malattie dei bambini

☐ NO ☐ SI Quali Età
Malattie in atto che richiedono terapie (farmacologiche o altro) continuative

☐ NO ☐ SI Quali
Altri farmaci assunti abitualmente

☐ NO ☐ SI Quali
Interventi chirurgici (dalla tonsillectomia a operazioni più importanti)

☐ NO ☐ SI Quali Età
Allergie

☐ NO ☐ SI Quali
Infortuni e traumi cranici

☐ NO ☐ SI Quali
Episodi di perdita di conoscenza

☐ NO ☐ SI Quali Età
Età Età

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE

SEGUIE ➡

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, aver 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 O DEL TUTORE

DICHIARAZIONE

Ai sensi e per gli effetti degli art. 7 e 13 della legge 196/2003 i Suoi dati personali saranno conservati presso gli archivi ai fini amministrativi e fiscali. Il trattamento de Suoi dati personali avverrà a norma di legge, secondo i principi di liceità e correttezza ed in modo da tutelare la Sua riservatezza. I dati verranno trasmessi in ottemperanza a quanto prescritto dalla legge nazionale e regionale di riferimento. La informiamo inoltre che: I i suoi dati verranno trasmessi alle Istituzioni ed Enti per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti; 2 lei potrà esercitare i diritti previsti dalla legge per gli interessati ed elencati all'art. 7, di cui è a disposizione copia in caso di Sua richiesta. I dati di cui sopra, in quanto detenuti in base a obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento. La informiamo altresì che i trattamenti di dati sensibili, cioè quelli idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche e di altro genere, le opinioni politiche o sindacali, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere trattati solo col Suo consenso e previa autorizzazione del Garante. Pertanto in relazione ai dati sensibili che Lei potrebbe fornire e che verranno da noi sottoposti esclusivamente ai trattamenti obbligatori per legge ed in relazione ai fini previsti dalla legge, Le verrà richiesto di esprimere il Suo consenso. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile per la Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE

DICHIARAZIONE

Sottoscrivo in segno di completa accettazione e dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 D. Lgs. 196/2003, in particolare dei diritti a me riconosciuti dalla legge, nonché di avere avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno natura di "dati sensibili" ed acconsento al trattamento dei miei dati per finalità e con le modalità imposte dalla legge.

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE