



CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

OSIO SOTTO (Bg) - Via Milano, 23 - Tel. 035.881.975

Fax 035.48.760.91 - E-mail sportman@sportmans.191.it

Direttore Sanitario Dr. Roberto Gatti

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DA COMPILARE DA PARTE DEI FAMILIARI DELL'ATLETA MINORENNE

Nome dell'atleta..... Età..... Tel.....

ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLÓGICA

ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLÓGICA

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.....
..... 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.....
..... età.....

Allergie

☐ NO ☐ SI Quali.....

Infortuni e traumi cranici

☐ NO ☐ SI Quali..... età.....

Episodi di perdita di conoscenza

☐ NO ☐ SI Quali..... età.....
..... età.....

data.....

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE

SEGUE →

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'uso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalle legislazioni vigenti.

X.....

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE

DICHIARAZIONE

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 necessari 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 dalla 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 art. 31 e seguenti del D. LGS. 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o 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. LGS, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare al trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport SPORTMAN'S CENTER in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante), e che il Responsabile del trattamento è il dott. ROBERTO GATTI Responsabile del Centro.
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.

X.....

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE

DICHIARAZIONE

Sottoscrivo in senso 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.

X.....

FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE