



# CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

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

Fax 035.48.706.91 - E-mail: info@sportmancenter.com

Direttore Sanitario Dr. Roberto Gatti

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO DA COMPILARE DA PARTE DEI GENITORI O DEL TUTORE LEGALE DELL'ATLETA MINORENNE

**NOME E COGNOME DELL'ATLETA** \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_

Eventuali casi di morte improvvisa nei parenti:  SÌ  NO

(Solo per le femmine) data prima mestruazione: \_\_\_\_\_ data ultima: \_\_\_\_\_

Fumo:  SÌ  NO Alcool:  no  ai pasti  abbondante

Malattie nel passato al di fuori delle comuni malattie dei bambini:

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_

Malattie in atto che richiedono terapie farmacologiche o controlli medici continuativi:

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_

Altri farmaci assunti abitualmente:

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici (dalla tonsillectomia ad operazioni più importanti):

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Allergie:

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_

Infortuni e traumi cranici:

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Episodi di perdita di conoscenza:

SÌ  NO Se sì, quali \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver informato esattamente il medico delle condizioni attuali psico-fisiche e delle affezioni precedenti del minore e che non ha in corso sospensioni, non è in attesa di giudizio in altro centro e non è mai stato dichiarato non idoneo.

Dichiaro inoltre che il minore non fa 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 alcol.

Acconsento ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_

## 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 favore del minore;
  - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
  - quelli spontanei 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 artt. 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 ATS 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 Vostri diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il titolare del 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.

FIRMA DEL GENITORE/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 modalità imposte dalla legge.

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE \_\_\_\_\_