



Poliambulatorio Sacra Famiglia

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

L'ATLETA

COGNOME NOME

CODICE FISCALE:

CARTA D'IDENTITÀ

Nato a il

Residente in C.A.P.....

Via N°

Telefono Email

CHIEDE Visita Medico Sportiva per l'IDONEITÀ SPORTIVA ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT:

PARTE DA COMPILARSI SOLO SE L'ATLETA È MINORENNE

(l'atleta deve presentarsi accompagnato da un genitore o tutore legale)

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto

esercitante la patria potestà sul minore

carta d'identità N, dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore o tutore

Informativa trattamento dei dati personali artt. 13 del D.Lgs. n.196/2003 e succ. modifiche)



Poliambulatorio Sacra Famiglia

Ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, La informo che i dati personali da Lei forniti ed acquisiti dallo Struttura Poliambulatorio Sacra Famiglia srl saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento e dei diritti e degli obblighi conseguenti e che:

- **Finalità del trattamento** – Il trattamento è finalizzato unicamente al corretto svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.
- **Modalità del trattamento dei dati personali** – Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione di tali dati. Il trattamento è svolto dal titolare e dagli incaricati espressamente autorizzati dal titolare.
- **Conferimento dei dati e rifiuto** – Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, genetici, relativi alla salute è necessario ai fini dello svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Il rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività.
- **Comunicazione dei dati** – I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Essi possono venire a conoscenza esclusivamente per le finalità del trattamento. I dati sensibili, genetici e quelli relativi alla salute saranno conosciuti solo ed esclusivamente da parte di personale sanitario della struttura. Si potranno fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa e specifica indicazione.
- **Conservazione dei dati** – I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario all'attività medica e, in ogni caso, non superiore a dieci anni. Anche in caso di uso di computer, sono adottate misure di protezione idonee a garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori dello Studio medico, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli a seguito dell'attività medica espletata dalla scrivente Struttura Sanitaria.
- **Titolare del trattamento** – Il titolare del trattamento dei suoi dati è il Poliambulatorio Sacra Famiglia Srl con sede in Padova, Via Torino 1/A.
- **Diritti dell'interessato** – L'interessato ha diritto:
 - di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
 - di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti;
 - di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
 - di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC all'indirizzo ca2851pd3772@pec.fofi.it o tramite lettera raccomandata a/r all'indirizzo Poliambulatorio Sacra Famiglia Srl Via Torino 1/A 35142 Padova. Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede e presta il proprio consenso.

L'atleta

.....

Da compilare in caso di atleta minorenni	
Il/la sottoscritto/a
residente	_____
nato il	_____
Grado parentela	_____
codice

Data..... Firma leggibile



Poliambulatorio Sacra Famiglia

Io sottoscritto dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche,
- delle affezioni precedenti,
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge,
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.

Data

Firma

(del genitore se l'atleta è minorenne)

MODULO DI ANAMNESI

Cognome..... Nome

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare (Genitori,
fratelli, nonni)

Diabete No Sì chi.....

Ipertensione Arteriosa No Sì chi.....

Morte improvvisa giovanile No Sì chi.....

Cardiopatía ischemica o infarto No Sì chi.....

Altro (specificare)

Anamnesi fisiologica

Peso Kg Statura cm. :.....

Fumo No Sì quante sigarette

Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore

Uso di farmaci No Sì quali e perché.....

Altro (specificare)

Negli ultimi 10 anni hai fatto il richiamo della vaccinazione antitetanica? No Sì
quando

**Soffri o hai sofferto di
malattie come:**

Diabete No Sì Ipertensione Arteriosa No Sì

Colesterolo Alto No Sì Soffio al cuore No Sì

Malattie neurologiche o epilessia No Sì

Malattie e/o aritmie cardiache No Sì Malattie renali No Sì

Asma No Sì Anemia No Sì

Allergie No Sì quali.....

Interventi chirurgici subiti No Sì quali.....

Infortunati rilevanti o fratture No Sì quali.....



Poliambulatorio Sacra Famiglia

Traumi cranici No Sì Altro.....

Per le donne:

Data primo menarca Data ultima mestruazione

Gravidanze No Sì quante.....

Anamnesi sportiva

Sport

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi No Sì

dolori toracici No Sì

svenimenti No Sì

grande stanchezza No Sì

palpitazioni No Sì

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? No Sì In caso affermativo quando dove

Da quanto tempo pratici uno sport?

Quante volte a settimana?

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva No Sì

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva No Sì

In caso affermativo quali

Esame obiettivo (da compilarsi a cura del Medico dello Sport)

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm. _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio: _____ P.A. riposo _____ / _____

Addome ed organo genitali: _____

Arti: _____

Acuità visiva:

naturale OD _____ /10 OS _____ /10 _____

corretta OD _____ /10 OS _____ /10 _____

Senso cromatico: _____

Udito: _____

Conclusioni esame obiettivo: _____

Il Medico Sportivo
Dott. Bruno Canciani
F.M.S.I. n.15355