



CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA "CITTA' DI CREMA"

Direttore Sanitario Dott. Della Frera Walter

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

Anamnesi

I genitori dei ragazzi di età inferiore a 18 anni, interessati agli accertamenti medici per l' idoneità sportiva presso il Centro di Medicina Sportiva "Città di Crema", sono gentilmente pregati di accompagnare i ragazzi stessi alla visita, o di fornirli di codesto questionario debitamente compilato e firmato.

COGNOME _____ NOME _____ Età _____

MALATTIE PRESENTI IN FAMIGLIA: specificare parentela: nonni, genitori, fratelli.

DIABETE NO SI IPERTENSIONE NO SI

CARDIOPATIE NO SI ALTRE MALATTIE GRAVI _____

Il ragazzo è nato a termine della gravidanza da parto normale? SI NO

Se no specificare _____

MALATTIE SOFFERTE: indicare a quale età

COMUNI ESANTEMI INFANTILI (morbillo, varicella, parotite, rosolia, ecc.) _____

ALLERGIE _____

ALTRE MALATTIE _____

INTERVENTI CHIRURGICI (indicare l'età)

TONSILLECTOMIA APPENDICECTOMIA ERNIE FIMOSI ALTRI _____

INFORTUNI (indicare l'età e in quale occasione)

FRATTURE _____ DISTORSIONI GRAVI _____

TRAUMI CRANICI _____ ALTRI _____

Il ragazzo ha mai perso conoscenza, ha mai sofferto di vertigini, di cefalea, ha mai avuto convulsioni? _____

In precedenti visite è stato riscontrato soffio cardiaco o qualche altro disturbo? _____

Vi ringraziamo per la preziosa collaborazione e Vi preghiamo di allegare in visione eventuali referti in Vostro possesso (ecocardiogramma, esame poligrafico, test da sforzo, elettroencefalogramma, esami del sangue, radiografie, ecc.) che Vi saranno prontamente restituiti. Per ogni eventuale chiarimento Vogliate contattare la nostra segreteria a Crema, Via Kennedy, 45 – Tel. 037381990

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e **di non essere mai stato dichiarato non idoneo**, avere 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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVO CONSENSO

(ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 - RGPD)

La presente informativa rappresenta un adempimento previsto dal Regolamento (UE) 2016/679, Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (d'ora in poi RGPD), che prevede l'obbligo di fornire ai soggetti interessati le informazioni necessarie ad assicurare un trattamento dei propri dati personali corretto e trasparente.

1. **Per dati personali si intendono**, ai sensi della presente informativa:

- quelli sanitari acquisiti 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 l'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 i principi generali del Regolamento Europeo 2016/679).

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 sopraccitate.

5. **Il Titolare del trattamento** ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina Sportiva CITTA' DI CREMA, in persona del Legale Rappresentante e il **Responsabile del trattamento** è il Dr. DELLA FRERA WALTER, Direttore Sanitario del Centro.

6. Il conferimento dei dati ed il consenso al loro trattamento, per le finalità sopra descritte, sono essenziali per effettuare la prestazione richiesta dall'interessato. Pertanto, il Centro non potrà fornire tali prestazioni in assenza di tale consenso. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopraccitati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso per il trattamento dei dati

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di Legge.

In particolare, manifesto il mio consenso per

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1);
- la comunicazione dei dati ai terzi, ai sensi del punto 4).

Dichiaro di essere stato informato sulla modalità della visita e su tutti i rischi connessi sulla stessa.

Dichiaro di aver fornito tutte le informazioni richiestemi con correttezza e coscienza.

Dichiaro di accettare di sottoporre mio figlio/a alla visita stessa, liberando gli operatori da ogni responsabilità.

Firma del genitore
