



CENTRO MEDICO LORETO NOVE srl
Tel. 02-49532502
e-mail: infot@loretonovesport.it
C.F. e P.IVA 09378410964

DELEGA

Io sottoscritto/a

Nato/ a aProv. il

Residente in indirizzo

Genitore esercente la potestà genitoriale di :

DELEGO

Il/la sig./ra

Nato/a a Prov. il

grado di parentela

Ad accompagnare il minore per la valutazione medica ai fini del rilascio del Certificato di idoneità sportiva non agonistica.

Allego alla presente la fotocopia della mia carta di identità.

In fede

Firma del delegante

.....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

(visita per la prativa sportiva)

CENTRO MEDICO LORETO NOVE srl

Tel. 02-49532502

e-mail: infot@loretonovesport.it

C.F. e P.IVA 09378410964

Cognome Nome Data

ANAMNESI FAMILIARE

Qualcuno dei parenti più stretti è affetto da una delle patologie seguenti? Indicare chi

- Ipertensione.
- Diabete.....
- Patologie cardiologiche.....
- Patologie tumorali.....
- Altro
- Nessuna degna di nota

Qualcuno di loro è morto in giovane età?

- Sì No Se Sì chi, a quanti anni e di cosa?

.....

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Sei nato al termine dei nove mesi di gravidanza?

- Sì No Se No a quanti mesi?

Hai avuto problemi durante l'accrescimento?

- Basso tasso di crescita
- Difficoltà di apprendimento a scuola
- Difficoltà a relazionarsi con i tuoi coetanei
- Altro
- Nessuno degna di nota

Il ciclo mestruale è (donne):

- Regolare Irregolare
- indicare a quanti anni è iniziato:
- indicare il primo giorno dell'ultimo ciclo
- non ancora mestrata
- in menopausa dal

Bevi alcolici?

- Spesso Occasionalmente Mai

Fumi ?

- Sì No Ex dal
- Se Sì o Ex, quante sigarette al giorno?

ANAMNESI PATOLOGICA

Che malattie hai avuto?

- Morbillo
- Varicella

- Pertosse
- Orecchioni
- Rosolia
- Scarlattina
- Reumatismi nel sangue
- Altro degno di nota o che comunque abbia comportato il ricovero in ospedale

Hai mai perso coscienza?

- Sì No Se Sì, in che occasione?

Stai assumendo farmaci in questo momento?

- Sì No Se Sì, quali? Per quale motivo?

Hai patologie in corso?

- Sì No Se Sì, quali?

Sei allergico a qualcosa?

- Sì No Se Sì a cosa?
- Piante, quali?
- Farmaci, quali?.....
- Alimenti, quali?
- Altro, cosa?

Hai mai avuto attacchi d'asma?

- Sì No Se Sì, in che occasione?

Hai subito interventi Chirurgici?

- Sì No Se Sì quali?

Hai avuto grossi traumi?

- Sì No Se Sì a cosa?
- Traumi cranici con perdita di coscienza o comunque con ricorso al PRONTO SOCCORSO
- Fratture. Dove?
- Distorsioni. Dove?
- Altro

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**, 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 dichiarante (o del tutore se minore)

.....

INFORMATIVA D. Lgs 196/2003

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30.06.2003
PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI O GIUDIZIARI

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 4 del D.lgs. 196/2003).

Ai sensi dell'articolo 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. i suoi dati verranno trasmessi alle Istituzioni ed Enti per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti;
2. il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata presa in esame del caso da parte della Commissione Regionale D'Appello per carenza di documentazione;
3. il titolare del trattamento è: Centro Medico Loreto Nove Srl;
4. il responsabile del trattamento è: Dott. Alessandro Molinello;
5. al titolare del trattamento o al Responsabile sopra indicato Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 e segg. del D.lgs. n. 196/2003, di cui è a disposizione copia in caso di sua richiesta.

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.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 della D.lgs. n. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 4 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, e i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"

Firma del dichiarante (o del tutore se minore)

.....