

## ACCERTAMENTO IDONEITÀ AGONISTICA ALLO SPORT

Cognome ..... Nome.....  
 Età ..... Sesso M  F  doc.identita' num. ....  
 Nato a ..... Prov. (.....) il ...../...../.....  
 C.F. .... Residente a..... Prov. (.....)  
 Via..... n.....  
 TEL Fisso.....mobile.....  
 E-MAIL.....Professione .....

Titolo scolastico..... Società o gruppo sportivo .....

## ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale.....dall'età di anni .....

Sport praticati in passato ..... per anni.....

Numero allenamenti alla settimana..... ore complessive/settimana .....

Impegno fisico:	Hai mai provato?	A RIPOSO	DURANTE SFORZO
Notevolissimo <input type="checkbox"/>	Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notevole <input type="checkbox"/>	Palpitazioni/Battito irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio <input type="checkbox"/>	Dolori/Costrizione al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leggero <input type="checkbox"/>	Svenimenti/Vertigini/Capogiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatica sproporzionata a sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANAMNESI FAMILIARE (malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

1. malattie di cuore  chi?.....  
quali?.....
2. pressione alta  chi?.....
3. ictus  chi?.....
4. colesterolo alto  chi?.....
5. malattie renali  chi?.....
6. diabete  chi?.....
7. asma  chi?.....
8. allergie  chi?.....
9. malattie di fegato  chi?.....
- 10.altro  chi?.....  
quali?.....

Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia?

Chi? .....

Malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie .....

## ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie presenti o passate che hai avuto)

varicella	<input type="checkbox"/>	pertosse	<input type="checkbox"/>	mononucleosi	<input type="checkbox"/>
rosolia	<input type="checkbox"/>	morbillo	<input type="checkbox"/>	otiti/sinusiti/tonsilliti frequenti	<input type="checkbox"/>
parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/>	scarlattina	<input type="checkbox"/>	polmoniti	<input type="checkbox"/>
malattia reumatica	<input type="checkbox"/>	meningite	<input type="checkbox"/>	scoliosi	<input type="checkbox"/>
anemia	<input type="checkbox"/>	malattie intestinali	<input type="checkbox"/>	deficit visivi ( <b>usi lenti?</b> )	<input type="checkbox"/>
				miope <input type="checkbox"/>	astigmatico <input type="checkbox"/>
				ipermetropo <input type="checkbox"/>	
				Gradazione? OD..... OS.....	
Allergie	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
Malattie di cuore	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
Malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
Malattie renali	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
Altro	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
Interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
		In che anno?.....			
Infortuni gravi	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
(fratture/strappi/gravi distorsioni/lussazioni)		in che anno? .....			
Traumi cranici	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
		In che anno?.....			
Ricoveri in ospedale	<input type="checkbox"/>	perché? .....			
		In che anno?.....			
Usi farmaci abitualmente?	<input type="checkbox"/>	quali? .....		Dose.....	
Fumi?	<input type="checkbox"/>	quante sigarette al giorno?.....		da quanti anni? .....	
Bevi alcolici?	<input type="checkbox"/>	di che tipo? .....		Quanti bicchieri al giorno? .....	
Bevi caffè?	<input type="checkbox"/>	quante tazzine al giorno? .....		Gravidanze <input type="checkbox"/>	quante?.....
Età della prima mestruazione.....		data d'inizio dell'ultima mestruazione .....			
Vaccinazione antitetanica	<input type="checkbox"/>	anno dell'ultimo richiamo: .....			

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto né di aver assunto comportamenti tali da rendere pericoloso l'esame come ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di modificare la normale risposta fisiologica allo stress; dichiara inoltre di non aver **mai** ricevuto giudizio di **Non idoneità** alla pratica sportiva agonistica

Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18.02.82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico, consapevole che il mancato rispetto delle eventuali prescrizioni del Medico dello Sport invaliderà il giudizio d'idoneità rilasciatomi.

Sono informato che in caso di giudizio di **NON IDONEITÀ** sarà trasmessa comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale e alla mia società sportiva di appartenenza e ne do consenso

**Data**, ..... **Firma dell'atleta**.....

(Firma del genitore/tutore legale/delegato se l'atleta è **minorenne**).....

**Importante:** portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura arrivate in ottimali condizioni di pulizia personale.

Per effettuare le visite mediche di idoneità sportiva gli atleti dovranno:

- Presentarsi 10 minuti prima dell'orario d'appuntamento.
- Indossare **abbigliamento sportivo** ed essere in ottimali condizioni d'igiene personale.
- Portare un **documento d'identità** in corso di validità o documento sostitutivo (anche per i minorenni – **non è valido quello del genitore**)
- Portare modulo di **consenso all'esecuzione del test da sforzo** e il modulo della **privacy**, compilati e firmati.
- Portare **scheda anamnestica** compilata in ogni sua parte e firmata. (Nel caso di minorenne deve essere firmata da un genitore o da chi ne eserciti la patria potestà.)
- Portare un campione delle prime **urine** del mattino a digiuno.
- Portare eventuale **documentazione sanitaria precedente**, in particolare di natura cardiologica.

N.B. E' fatto divieto di esecuzione del test da sforzo qualora l'atleta fosse febbrile o infortunato. **Qualora l'atleta fosse impossibilitato è pregato di disdire l'appuntamento almeno 24 ore prima.**

## CONSENSO INFORMATO

### PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(in caso di minore di 18 anni) genitore/tutore di

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di voler (sottoporre il/la proprio/a figlio/a) essere sottoposto agli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiara inoltre di essere stato informato che per completare l'accertamento (oltre ad anamnesi, esame obiettivo, spirometria, prova visiva, esame delle urine):

verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino di altezza adatta alla statura, età e sesso per 90 volte in tre minuti (per gli atleti di oltre 35 anni il test con gradino verrà sostituito con un test da sforzo submassimale su ciclo-ergometro);

verrà eseguito un ECG completo prima, durante e dopo il test suddetto (monitorato in continuo);

verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test (anche durante sul cicloergometro);

durante l'esecuzione del test verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test ed esso verrà sospeso dietro esplicita richiesta dell'interessato;

il test suddetto, come ogni altro test da sforzo, è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 100.000) da morte improvvisa.

San Donà di Piave, li \_\_\_\_\_

Firma paziente (del genitore se minore)

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Informativa Privacy (artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679)**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), e in relazione ai Suoi dati personali, di cui la società M&T srl entrerà nella disponibilità, Le comunichiamo quanto segue:

### **Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali**

Titolare del trattamento è la società M&T srl con sede legale in via Cesare Battisti, 45 a San Dona' di Piave (VE) e con sede operativa in via Monte Popera, 4/12 a San Dona' di Piave (VE), nella persona del legale rappresentante Celio Andrea con domicilio eletto in Ceggia (VE) via Padre Eterno, 154. Il Titolare può essere contattato mediante telefono al numero **3924584513** o tramite posta elettronica certificata all'indirizzo [andrea.celio@pec.it](mailto:andrea.celio@pec.it) la società M&T srl non ha nominato un responsabile della protezione dei dati personali (DPO)

### **Categorie di dati trattati e fonti di origine**

I dati che saranno trattati saranno:

- dati personali comuni / identificativi (es. dati anagrafici, dati di residenza/domicilio, email ecc.)
- dati particolari già dati sensibili ai sensi dell'art. 9 GDPR "dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute"

### **Finalità del trattamento dei dati**

Il trattamento dei Suoi dati è finalizzato:

- alla diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione o per altre prestazioni di natura medica o sanitaria richieste dal diretto interessato;
- comunicare i dati a soggetti, enti o autorità a cui la comunicazione sia obbligatoria in forza di disposizioni di legge o ordini delle autorità;
- comunicare i dati ad enti privati per motivi assicurativi su richiesta dell'interessato;
- esercitare i diritti legali del titolare dello studio, ad esempio il diritto di difesa in giudizio;

I Suoi dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate.

### **Modalità di trattamento dei dati**

I dati potranno essere trattati in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito ai soli operatori autorizzati, precedentemente nominati Responsabili o addetti al trattamento, i quali seguono corsi di formazione specifici e vengono periodicamente aggiornati sulle regole della privacy e sensibilizzati al rispetto e alla tutela della dignità e della riservatezza del paziente. Tutti gli operatori dello Studio che accedono ai dati informatizzati sono identificabili e dotati di password personale; l'accesso ai dati è consentito solo per le finalità legate al ruolo dell'operatore e solo per lo stretto tempo necessario a trattare la prestazione per la quale il paziente si è recato presso lo Studio. La società M&T srl non svolge attività di profilazione dei dati dei propri assistiti e all'interno dei locali è vietato, per la riservatezza degli utenti, registrare audio, video e scattare foto.

### **Tempo di conservazione dei dati**

I dati personali e sensibili verranno conservati per il tempo previsto dall'attuale normativa: in particolare, i dati relativi a ciascun episodio assistenziale, raccolti nella relativa scheda sanitaria, verranno conservati a tempo indeterminato, perdurando il rapporto contrattuale di cura.

Al termine del rapporto contrattuale di cura, lo Studio conserverà i dati per un periodo non superiore al termine prescrizione di legge per la tutela dei propri diritti legali e di difesa.

### **Comunicazione a terzi dei dati**

I dati non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere trasmessi agli Enti competenti per finalità amministrative o istituzionali, secondo quanto richiesto dalla normativa vigente. Più precisamente, i dati potranno essere comunicati a destinatari appartenenti alle seguenti categorie: soggetti interni allo Studio con funzione di Incaricati al trattamento; professionisti medici e personale sanitario, anche con rapporto di collaborazione occasionale con lo Studio; soggetti esterni incaricati di funzioni di manutenzione e assistenza dei sistemi informatici e di comunicazione; soggetti esterni consulenti in materia fiscale; Autorità ed Enti Pubblici competenti per obbligo di legge.

I soggetti appartenenti alle categorie suddette svolgono la funzione di Responsabile del trattamento dei dati. I dati potranno essere comunicati a familiari o conoscenti solo su espressa autorizzazione dell'interessato.

### **Trasferimento all'esterno dei dati**

I dati personali sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il

Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

### Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di Interessato, ai sensi dell'art. 15 del GDPR, ha il diritto di ottenere dal Titolare la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che La riguardano e, in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

- a) le finalità del trattamento;
- b) le categorie dei dati in questione;
- c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- d) il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure dei criteri determinati per determinare tale periodo;
- e) richiedere al Titolare l'accesso ai dati, la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che La riguardano o di opporsi al loro trattamento;
- f) con riferimento all'eventuale consenso prestato, il diritto di revocare, in ogni momento, il consenso prestato;
- g) il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante;
- h) il diritto alla portabilità dei dati.

L'interessato potrà esercitare il suo diritto contattando il Titolare del trattamento dei dati il Sig. Celio Andrea telefonicamente ai numeri 0421 336298 o 3924584513 o tramite Pec [andrea.celio@pec.it](mailto:andrea.celio@pec.it)

### PRESA D'ATTO DELL'INFORMATIVA E CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale ..... residente a.....

in via/piazza..... n..... CAP.....

telefono ..... mail .....

avente quale "Medico di Base" il/la Dr./ssa .....

in proprio (firma per se stesso/a)

<input type="checkbox"/> quale genitore esercente la potestà genitoriale	<input type="checkbox"/> prossimo congiunto	<input type="checkbox"/> fidefacente
di..... Codice Fiscale .....		
nato/a a..... il.....		

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa che precede, resa ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del Reg. UE 2016/679, che dichiara di aver ricevuto in copia e di aver ben compreso in ogni sua parte, presta il proprio consenso al trattamento, per le finalità indicate nell'informativa stessa, dei dati personali che lo riguardano personalmente e che eventualmente riguardano la persona rappresentata sopra indicata, ed in particolare presta il consenso esplicito all'eventuale trattamento dei dati particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR e dei dati penali ai sensi dell'art. 10 GDPR, propri o della persona rappresentata sopra indicata, da parte dei soggetti indicati nell'informativa. In particolare presta il consenso per il trasferimento dei dati all'estero (intra e/o extra UE).

Presto anche il consenso per ricezione via email, via whatsapp e via sms, via postale all'indirizzo indicato, via telefono, di comunicazioni informative di tipo professionale / economico / commerciale / aziendale.

SAN DONA' DI PIAVE, \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_