

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

L'**ATLETA**: Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA
AGONISTICA - NON AGONISTICA (barrare la casella d'interesse)**

PER LO SPORT _____

Latisana ____/____/____ Firma _____
(firma leggibile dell'interessato/a
o del tutore se minore)

CONSENSO INFORMATO IDONEITA' ATTIVITA' AGONISTICA

Io sottoscritto dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18. 02. 1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica sportiva; di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Dichiaro di essere stato informato che

per atleti sotto i 35 anni d'età, è prevista l'effettuazione dello STEP TEST, consistente nel salire e scendere su di uno sgabello di altezza variabile in base al sesso ed all'età; verrà eseguito un elettrocardiogramma a riposo e dopo lo sforzo.

Gli atleti di età superiore ai 35 o 40 anni (secondo le disposizioni delle singole federazioni) verranno sottoposti a test ergometrici massimali (al cicloergometro od al treadmill) con registrazione elettrocardiografica costante e rilevazione della pressione arteriosa ogni 2 (due) minuti.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che

- durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi intrinseci della prova e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.
- Che 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 10.000) da morte improvvisa.
- Che per ogni eventuale informazione, inerente gli esami da eseguire per la pratica di un determinato sport, posso consultare il prospetto informativo che si trova affisso alla bacheca posta in atrio nelle vicinanze della Carta Servizi dell'azienda e/o rivolgermi al Medico dello sport.

Autorizzo i Sanitari del settore Medicina dello Sport del Centro Medico By Salus S.r.l. all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e alla loro comunicazione ai seguenti soggetti:

- Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva.
- In chiaro, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia per gli adempimenti previsti.

Latisana ____/____/____ Firma _____
(firma leggibile dell'interessato/a
o del tutore se minore)

In caso di minore: Modulo dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false, e sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

di essere:

padre madre genitore affidatario (esercente la responsabilità genitoriale)

Oppure

tutore curatore amministratore di sostegno

Del/la minore _____ nato/a a _____ il _____

Latisana ____/____/____ Firma _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DI COLUI CHE ESERCITA LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Tipo: Carta d'Identità Passaporto Altro, specificare _____

N° _____ rilasciato da _____ il _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (General Data Protection Regulation) Centro Medico by Salus S.r.l., in qualità di titolare del trattamento, raccoglie e tratta Suoi dati personali, e del minore su cui esercita la responsabilità genitoriale, al fine di accertare il titolo che legittima chi rilascia il consenso alla prestazione sanitaria nonché l'adempimento degli obblighi contrattuali connessi a tali attività. La base giuridica che rende lecito il trattamento è il legittimo interesse del titolare del trattamento ad effettuare gli accertamenti in parola. La informiamo che il Centro Medico by Salus S.r.l. ha nominato un Responsabile della protezione dei Dati personali (RPD/DPO) contattabile all'indirizzo mail dpo@bysalus.com. Il conferimento dei dati personali per tali finalità è libero tuttavia il rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità per il Centro Medico by Salus S.r.l. di dare esecuzione a quanto richiesto. Il Trattamento dei dati avrà ad oggetto dati particolari dei pazienti minorenni che si sottoporranno ai servizi erogati dal Centro Medico by Salus S.r.l., ai sensi dell'art. 9 del Regolamento UE 2016/679. Il Centro Medico tratta i dati personali in modo lecito e secondo correttezza ed in modo da assicurarne la riservatezza e la sicurezza. I Dati saranno conservati in modo completo per tutto il tempo necessario allo scopo per i quali sono raccolti; successivamente, i Dati potranno essere conservati per un ulteriore periodo per far valere o difendere i propri diritti in ogni eventuale sede ed in particolare nelle sedi giudiziarie. Il trattamento viene effettuato, mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con modalità organizzative e con logiche strettamente correlate alle finalità indicate. Infine, ai sensi degli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679, Le ricordiamo che per maggiori informazioni o richieste specifiche tra cui la cancellazione, il blocco, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati od opposizione al trattamento, può rivolgersi al Titolare del Trattamento, scrivendo al Centro Medico by Salus S.r.l., via Via Guglielmo Marconi 133 - 33053 Latisana (UD), oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo info@bysalus.com. Le ricordiamo che ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante.