



ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI MILANO

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DA COMPILARE DA PARTE DEI FAMILIARI DELL'ATLETA MINORENNE.

Nome dell'atleta.....

Età.....

Tel.....

ANAMNESI FAMIUARE E FISIOLOGICA

Malattie a carattere ereditario nei parenti prossimi (es. diabete, ipertensione, cardiopatie, epilessia...)

NO SI Quali

Data prima mestruazione

Data ultima mestruazione

Fumo: NO SI /di Alcool NO Ai pasti Abbondante

ANAMNESI PATOLOGICA

Malattie nel passato al di fuori delle comuni malattie dei bambini

NO SI Quali Età Età

Malattie in atto che richiedono terapie (farmacologiche o altro) continuative

NO SI Quali

Altri farmaci assunti abitualmente

NO SI Quali

Interventi chirurgici (dalla tonsillectomia a operazioni più importanti)

NO SI Quali Età Età Età

Infortuni e traumi cranici

NO SI Quali Età

Episodi di perdita di conoscenza

NO SI Quali Età

Data:

/ /

Firma del tutore dell'atleta minore

SEGUE

--.

DICHIARAZIONE

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 tutore dell'atleta minore

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

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

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare 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 la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.

3. I dati verranno riportati sulle "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 31 e seguenti del D. L.gs 196/03).

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 delle Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.

5. Richiamiamo integralmente ai sensi dell'art. 7 del D. L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.

6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è l'Istituto di Medicina dello Sport di Milano in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il Prof. Emilio Rovelli, responsabile del Centro.

7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell'art. 23 D. L.gs 196/03

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 espresso per:

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

Nome e Cognome Codice fiscale

Nato/a..... il

Data Firma leggibile dell'interessato/a (o del tutore se minore).....

Carta d'Identità n°.....

N.B. In caso il soggetto sia minorenne, i dati anagrafici sopra richiesti devono essere quelli del genitore che firma o del tutore esercitante la patria potestà. Sotto la firma, riportare il numero della carta d'identità del genitore che firma.