



CENTRO MEDICO SAN LUCA S.R.L.

Via V Alpini, 6 – 24124 Bergamo (BG)

Tel 035321135 Fax 0353840470 – email: info@centromedicosanluca.com

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' FISICA

Cognome e Nome dell'Atleta _____ Nato/a a _____ Il _____

Residente a _____ Via _____ tel. _____

Esaminate le domande seguenti e rispondete nel modo più veritiero possibile, è importante fornire tutte le informazioni del caso:

DOMANDE	SI	NO	SPIEGAZIONI
Qualche familiare è morto improvvisamente prima dei 50 anni?			
Qualche familiare soffre di malattie cardiache, ipertensione o diabete?			
Ti è mai successo di svenire o di avere giramenti di testa dopo uno sforzo fisico?			
Soffri d'asma o di allergie?			
Hai mai avuto fratture ossee, hai mai portato ingessature o ti sei mai fatto male ad un'articolazione (ginocchia, caviglia, ecc.)?			
Hai mai subito dei traumi con perdita di coscienza?			
Hai mai subito interventi chirurgici o ricoveri?			
Soffri di qualche malattia cronica o che necessita controlli regolari?			
Ti manca qualche organo (milza, rene ecc.)?			
Fumi?			
La tua alimentazione è equilibrata?			
Bevi alcolici?			

PER LE DONNE:

A che età hai avuto la prima mestruazione?			
Le mestruazioni sono regolari?			

Terapie farmacologiche in corso: _____

Indicare eventuali sospensioni ed esami effettuati aggiuntivi in occasione di visite medico-sportive precedenti:

Il sottoscritto, dichiara di aver informato esattamente il medico delle mie/di mio figlio/a attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, dichiara inoltre che il sottoscritto/mio figlio/a non è mai stato ritenuto non idoneo, non ha in corso sospensioni o non è in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Il sottoscritto si impegna inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e da atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiara altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL GENITORE/TUTORE

(solo se l'atleta è minorenni)

_____ **minore**

_____ **Firma dell'Atleta o del Genitore/Tutore in caso di**

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

1.Per i 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 l'esclusivo fine di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla 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 art. 31 e seguenti del D.Lgs 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 della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate; 5.Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs, i suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali; 6.Le segnaliamo che il Titolare del Trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport Centro Medico S.Luca in persona del Legale Rappresentante e che il Responsabile del trattamento è Elena Passerini; 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.LGS 196/03

Opponendo la sua 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 in cui il consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisto dei dati di cui al punto 1;

- la comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto 4

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL GENITORE/TUTORE

(solo se l'atleta è minorenni)

_____ **Firma dell'Atleta o del Genitore/Tutore in caso di minore**

Data _____