

NUOVA DIMENSIONESPORT S.R.L.

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

Piazza Carlo Marx, 11 - 20030 SENAGO (MI) - Tel. 029987580 - Fax 029981072

www.nuovadimensionesport.it

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI 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 dalla Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "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. L.gs 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alle 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 "Nuova Dimensionesport" in persona del Direttore Sanitario (o legale rappresentante) e che il responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario della struttura stessa.
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 DEL D. LGS. 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:

- 1) L'acquisizione dei dati di cui al punto 1
- 2) La comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4

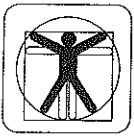
COGNOME E NOME dell'atleta minorenni

.....

NATO A..... IL

Data

firma del genitore



NUOVA DIMENSIONESPORT S.R.L.

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA

Piazza Carlo Marx, 11 - 20030 SENAGO (MI) - Tel. 029987580 - Fax 029981072
www.nuovadimensionesport.it

PER GLI ATLETI MINORENNI

COGNOME E NOME.....

NATO A..... IL

SI PREGANO I GENITORI DI COMPILARE CON ATTENZIONE E IN OGNI SU PARTE LA SCHEDA ANAMNESTICA. Qualora dovessero rimanere dei dubbi sulla comprensione o la compilazione della scheda, non esitare a chiedere chiarimenti al nostro Centro (02-9987580). In ogni caso la Direzione Sanitaria consiglia di accompagnare il figlio minorenni alla visita soprattutto se si tratta della prima presso il nostro Centro.

il paziente attualmente gode di BUONA SALUTE ?.....

il paziente ha avuto di recente la FEBBRE?.....

Il paziente ha avuto di recente uno SVENIMENTO / MALORE?.....

Il paziente attualmente assume dei FARMACI?

Quando il paziente pratica sport, accusa DOLORI / FORTE STANCHEZZA o altri disturbi?

Nella famiglia di origine del paziente (genitori, fratelli/sorelle, nonni, zii, cugini 1° grado) si sono mai verificati INFARTI

ICTUS / TROMBOSI

CASI DI PRESSIONE ALTA

MORTI IMPROVVISE SENZA APPARENTE MOTIVO

MALFORMAZIONI CARDIACHE E/O OPERAZIONI CHIRURGICHE AL CUORE

MALATTIE DI CUORE

ARITMIE CARDIACHE

Se si specificare chi ne soffre, a che età ha cominciato a soffrirne e altre notizie ritenute utili

Il paziente ha mai sofferto, recentemente o in passato, di

SVENIMENTI / PERDITE DI COSCIENZA

MALATTIE RILEVANTI

Se si specificare quando ne ha sofferto e altre notizie ritenute utili

Il paziente ha mai subito INTERVENTI CHIRURGICI?

Quali e a che età

Il paziente ha mai subito INFORTUNI / TRAUMI?

Quali e a che età

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 DI MEDICINA DELLO SPORT. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe e/o sostanze dopanti riconosciute illegali, e di astenermi dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente

Data

firma del genitore