A.S.L. CN1

Sede legale ASL CN1
Via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)
P.IVA 01128930045
T. 0171.450111 - F. 0171.1865270
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

QUESTIONARIO SU MALATTIE E INFORTUNI – CONSENSO PER MINORI

Cognome e nome (***di chi pratica attività sportiva/motoria***): _____,

nato/a il _____ a _____, residente in _____

Via _____, Codice Fiscale _____

A) STORIA FAMILIARE (**barrare ciò che interessa**)

Un qualsiasi membro della famiglia (genitori, fratelli/sorelle, figli) o parente (nonni, zii, cugini, nipoti)

- E' morto prima dei 50 anni? NO SI Chi e motivo?_____
- Ha inspiegabili svenimenti? NO SI Chi? _____
- Ha la pressione arteriosa alta? NO SI Chi? _____
- E' portatore di pace-maker o defibrillatore? NO SI Chi? _____
- Ha malattie cardiache (infarto, bypass, aritmie)? NO SI Chi e quali? _____
- Ha malattie respiratorie (asma)? NO SI Chi e quali? _____
- Ha il diabete (mellito)? NO SI Chi? _____

B) STORIA PERSONALE (**barrare ciò che interessa**)

Di quali malattie ha sofferto? ☐ Morbillo ☐ Rosolia ☐ Varicella ☐ Mononucleosi ☐ Parotite ☐ Toxoplasmosi

Ha mai avuto:

- Perdita di sensi, svenimenti? NO SI
- Dolore o senso di peso al torace? NO SI
- Problemi respiratori, difficoltà nel respiro? NO SI
- Allergie (pollini, cibi, medicine, altro)? NO SI Quali? _____
- Asma? NO SI
- Epilessia? NO SI
- Ricoveri in Ospedale? NO SI Motivo? _____
- Altre malattie? NO SI Quali? _____
- Infortuni? NO SI Quali? _____

Ha il diabete (mellito)? NO SI

Negli ultimi 2 anni ha preso farmaci costantemente? NO SI Quali? _____

Ha, in passato, eseguito accertamenti specialistici (es. visita cardiologica, ecocardiogramma, ECG 24 ore, altro)? NO SI Quali? _____
(N.B: portare la relativa documentazione) _____

C) ATTIVITA' SPORTIVA/MOTORIA

Tipo _____ Specialità _____

Ruolo _____ Allenamenti a settimana _____ Competizioni _____

D) ALTRE NOTIZIE

Fumo: NO SI quantità _____ Alcol: NO SI quantità _____

_____

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome): ……..…… genitore del/la praticante attività sportiva / motoria sopra generalizzato/a, dichiaro, di aver fedelmente risposto al questionario e che mio/a figlio/a non è stato/a dichiarato/a NON IDONEO/A a una precedente visita medico-sportiva.

data _____
(non può superare 30 giorni dalla visita medica)

firma per esteso _____
(per i minorenni almeno un genitore)

INFORMAZIONI SULLA VISITA MEDICO-SPORTIVA

La visita di idoneità alla pratica dello sport agonistico è un **obbligo previsto dalla legge** (D.M. 18/02/1982) a tutela della salute degli sportivi iscritti presso le Società Sportive o Enti di Promozione Sportiva e qualificati agonisti, secondo le norme stabilite per ogni sport. L'accertamento dell'idoneità comprende: visita medica, esame delle urine, spirometria, elettrocardiogramma a riposo e prova ergometrica. La **prova ergometrica è impegnativa** per cuore, polmoni e muscoli, essendo stata studiata per simulare le condizioni dell'attività fisica. Presso la Struttura di Medicina Sportiva dell'ASL CN1 il test viene svolto sotto costante controllo, anche elettrocardiografico, per ridurne al minimo i rischi, peraltro limitati e non superiori a quelli della pratica sportiva stessa. In caso di eventuali anomalie riscontrate durante gli esami clinici potrebbero rendersi necessari ulteriori accertamenti, per i quali sarà fornita apposita richiesta scritta. Sia gli accertamenti di routine, sia quelli eventualmente richiesti dal medico, sono indispensabili per certificare l'idoneità sportiva agonistica. In caso di **mancata esecuzione degli esami**, dopo 3 mesi la valutazione sarà conclusa negativamente.

La pratica di attività sportive non agonistiche (anche a particolare ed elevato impegno cardio-vascolare), disciplinate dai DD.MM. Salute 24/04/2013 e 08/08/2014, prevede l'esecuzione di una visita medica generale e un elettrocardiogramma a riposo.

DICHIARAZIONE E CONSENSO

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) ……..…… telefono ....., indirizzo di posta elettronica ……..., nato/a a ……..… il ……

tipo doc. riconoscimento …… avente n. ……

rilasciato da ……..... il ……

(occorrendo) genitore di (Cognome e Nome) ……..……, senza il dissenso dell'altro genitore

1. acconsente a far sottoporre il/la proprio/a figlio/a agli accertamenti sanitari previsti per la pratica di attività sportive agonistiche o non agonistiche, secondo quanto disposto dalle norme e regolamenti in vigore;
2. dichiara di essere stato/a pienamente informato/a delle finalità di tali accertamenti e dei rischi connessi;
3. dichiara altresì di aver esattamente informato il medico delle condizioni di salute, attuali e pregresse, di mio/a figlio/a;
4. dichiara che mio/a figlio/a non assume sostanze illegali.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Regolamento UE 2016/679:
"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 ai fini del presente procedimento, di ricerca statistico-epidemiologica in forma anonima (i cui risultati potrebbero essere oggetto di pubblicazione).
I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).
L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 – 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

N.B.: **OBBLIGATORIO** presentarsi a visita medica con:

1. **DOCUMENTO DI IDENTITÀ** di chi pratica attività sportiva/motoria e di chi sottoscrive il consenso, pena la impossibilità a effettuare qualsiasi accertamento;
2. **TESSERINO DELLE VACCINAZIONI** dell'atleta;
3. **CAMPIONE D'URINE** dell'atleta.

Gli atleti minorenni **DOVRANNO NECESSARIAMENTE ESSERE ACCOMPAGNATI** da un genitore o tutore oppure da persona in possesso di delega fornita da chi ne ha la podestà genitoriale (modulistica qui di seguito allegata).

data _____ ***firma*** *per esteso* _____
(per i minorenni almeno un genitore)

Verificato documento del sottoscrittore (data e firma operatore addetto): _____

DELEGA PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

DELEGA

Il/La sottoscritto/a

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail _____

ad accompagnare il proprio/la propria figlio/a presso la S.S. Medicina Sportiva per lo svolgimento della visita medico sportiva al fine di ottenere il certificato d'idoneità sportiva.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Regolamento UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 ai fini del presente procedimento, di ricerca statistico-epidemiologica in forma anonima (i cui risultati potrebbero essere oggetto di pubblicazione).
I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).
L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 – 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

Data _____ Firma (per esteso) _____

Avvertenze:
Il delegato deve esibire un proprio documento di identità
Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Il presente questionario-consenso è indispensabile per raccogliere notizie sulla salute di chi pratica (o intende praticare) attività sportiva/motoria, per poter fornire eventuali consigli in relazione all'attività/sport praticati ed esprimere il consenso all'effettuazione degli accertamenti sanitari nonché al trattamento dei dati.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il/La diretto/a interessato/a qualora maggiorenne; almeno un genitore in caso di minorenni.

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, debitamente firmato e consegnato personalmente in occasione della visita medica.
In mancanza dell'indicazione degli estremi del documento di identità di chi sottoscrive il presente modulo e/o in mancanza del consenso compilato e firmato, non potrà essere effettuato alcun accertamento.

RIFERIMENTI

Ufficio: S.S.D. Medicina Sportiva ASL CN1 – Via Ospedale, 23/27 – 12045 FOSSANO (CN)
apertura al pubblico della Segreteria: giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 12.00;
Tel.: 0172 – 699.448 / 699.336 nei giorni e nelle ore su indicate.
Posta elettronica: medicinasportiva@aslcn1.it PEC: medicinasportiva@aslcn1.legalmailpa.it