



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

AGONISTICO - NON AGONISTICO - BUONA SALUTE

L'ATLETA

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE:

CARTA D'IDENTITA'.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono

CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA

BUONA SALUTE

DELLO SPORT

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004 (PER MINORI)

Il sottoscritto (esercitante la patria potestà sul
minore) dà il consenso alla effettuazione
dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore o tutore



DOMUS MEDICA
Polispecialistica - Medicina dello Sport
e Medicina del Lavoro

Tel. 0432/689126

Fax. 0432/435998

Io sottoscritto dichiaro di avere 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 fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame. Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....



DOMUS MEDICA
Polispecialistica - Medicina dello Sport
e Medicina del Lavoro

Tel. 0432/689126

Fax. 0432/435998

MODULO DI ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____ Età _____
Luogo di nascita _____ Data di Nascita _____ Sesso _____
Indirizzo _____ Codice Fiscale _____
Città _____ CAP _____ Prov. _____

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare (Genitori, fratelli, nonni)

Diabete Si No chi _____
Ipertensione Arteriosa Si No chi _____
Morte improvvisa giovanile Si No chi _____
Cardiopatia ischemica od infarto Si No chi _____
Altro (specificare) _____

Anamnesi fisiologica

Alimentazione Libera regime dietetico in atto _____
Fumo Si quante sigarette _____ No
Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore
Uso di farmaci Si No
quali e perchè _____
Altro (specificare) _____

Per le donne: Data primo menarca _____ Data ultima mestruazione _____
Gravidanze Si No quante _____

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete Si No Ipertensione Arteriosa Si No
Malattie neurologiche o epilessia Si No Malattie e/o aritmie cardiache Si No
Malattie renali Si No Asma Si No
Allergie Si No quali _____
Interventi chirurgici subiti Si No quali _____
Infortuni rilevanti o fratture Si No quali _____
Traumi cranici Si No

Altro _____

Anamnesi sportiva

Sport _____ Società sportiva _____

Allenamenti a settimana _____ Durata in ore _____

Quando pratichi sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi Si No dolori toracici Si No

svenimenti Si No grande stanchezza Si No

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? Si No

Sei mai stato giudicato NON idoneo o sospeso nel corso di tali visite? Si No

In caso affermativo, indicare la ragione _____

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva Si No

In caso affermativo quali _____

Dichiarazione ex. D.M.18/02/82: va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore. Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

Data _____

Firma _____ (del genitore se l'atleta è minorenne)

Esame obiettivo

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm. _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio: _____

_____ P.A. a riposo _____ / _____

Addome ed organo genitali: _____

Arti: _____

Acuità visiva: naturale OD _____ /10 OS _____ /10

corretta OD _____ /10 OS _____ /10

Senso cromatico: _____

Udito: _____

Conclusioni esame obiettivo: _____

Firma del medico visitatore



DOMUS MEDICA
 Polispecialistica - Medicina dello Sport
 e Medicina del Lavoro

Tel. 0432/689126

Fax. 0432/435998

**Informativa sul trattamento dei dati personali,
 ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.**

Il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 prevede il diritto alla protezione dei dati personali riguardanti chiunque.

In ottemperanza a quanto previsto dalla citata normativa, la nostra Società, che intende trattare Suoi dati personali, desidera preventivamente informarLa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che tale trattamento sarà improntato sui principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

In particolare, per i trattamenti dei "dati sensibili" (che, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d) del D.Lgs. 196/2003, sono i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale), l'art. 26 del D.Lgs. 196/2003, prevede che essi possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato.

Pertanto Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali che intendiamo effettuare, con particolare riguardo ai dati "sensibili":

- a) il trattamento dei suoi dati sensibili ha le seguenti finalità:
 - obblighi legali quali fatturazione, registrazioni contabili obbligatorie, pagamenti);
 - obblighi contrattuali quali rapporti di fornitura di servizi, mandato professionale, nonché delle relative modifiche ed integrazioni;
- b) il trattamento sarà effettuato ad opera di soggetti appositamente incaricati, con le seguenti modalità:
 - essi vengono trattati, oltre che in forma cartacea, anche con sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire o trasmettere dati, con logiche strettamente correlate alla finalità della registrazione.
- c) il conferimento dei Suoi dati sensibili è per Lei obbligatorio ed il loro mancato conferimento potrebbe comportare le seguenti conseguenze:
 - l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto, ovvero effettuare alcune operazioni, se i dati sono necessari all'esecuzione del rapporto o dell'operazione; l'impossibilità di effettuare alcune operazioni che presuppongono la comunicazione dei dati a soggetti funzionalmente collegati all'esecuzione delle stesse, la mancata comunicazione dei dati a soggetti che svolgono ulteriori attività, non funzionalmente collegate all'esecuzione del rapporto.
- d) i soggetti ai quali i Suoi dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati sono le seguenti:
 - professionisti, consulenti incaricati dell'esecuzione delle prestazioni di assistenza e consulenza in materia fiscale o contabile;
 - a strutture sanitarie incaricate dell'esecuzione e/o raccolta dati di parte delle prestazioni oggetto del contratto sottoscritto con l'utente;
 - ad eventuali enti pubblici od autorità amministrative a seguito di ispezioni o verifiche.

I Suoi dati personali sensibili non saranno oggetto di diffusione.

Il titolare del trattamento è la Domus Medica S.r.l. con sede a Tavagnacco in via IV novembre , 58,

- e) Lei potrà far valere i Suoi diritti, così come disciplinati dall'art.7 del D.Lgs. 196/2003, rivolgendosi al responsabile all'uopo designato rag. *Claudio Infanti* domiciliato, per le disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003, presso la sede della nostra Società.

Consenso dell'interessato al trattamento di propri dati comuni e sensibili

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei "dati sensibili" di cui all'art. 4, comma 1, lettera d), del decreto citato, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

L'atleta
 residente inCAP.....
 nato il A
 codice fiscale
 Tel. MAIL.....

Da compilare in caso di minore	
Il sottoscritto	_____
residente in	_____
nato il	_____
Grado parentela	_____
codice fiscale	_____

esprime il consenso

nega il consenso

affinché il titolare proceda ai trattamenti dei propri dati personali comuni e sensibili, secondo le modalità e finalità risultanti dalla presente scheda informativa. Dichiaro inoltre di avere preso visione e ricevuto copia dell'articolo 7 del D. Lgs. 196/2003, contenente i diritti dell'interessato.

esprime il consenso

nega il consenso

Al trattamento dei dati ai fini della comunicazione sui prodotti e servizi della Domus Medica S.r.l. anche via posta elettronica.

Domus Medica S.r.l.
 Rag. Claudio Infanti

Data..... Firma leggibile