



DOMUS MEDICA  
Polispecialistica - Medicina dello Sport  
e Medicina del Lavoro

Tel. 0432/689126

Fax. 0432/435998

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**

**AGONISTICO - NON AGONISTICO**

**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**

**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 \_\_\_\_\_  
Cardiopatìa 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 \_\_\_\_\_





**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 in .....CAP.....  
 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 .....