

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO O STORICO FAMILIARE DELL'ATLETA CON VALIDITÀ MEDICO-LEGALE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

**Malattie dei nonni, genitori, fratelli o sorelle dell' atleta**Malattie cardiache si : nonni  genitori  fratelli  sorelle   
se si quali? \_\_\_\_\_ipertensione arteriosa si : nonni  genitori  fratelli  sorelle diabete si : nonni  genitori  fratelli  sorelle problemi neurologici si : nonni  genitori  fratelli  sorelle ipercolesterolemia si : nonni  genitori  fratelli  sorelle altre malattie si : nonni  genitori  fratelli  sorelle 

se si quali? \_\_\_\_\_

vi sono stati casi di morte improvvisa in famiglia? no  si 

se si quali \_\_\_\_\_

**Anamnesi personale dell'atleta**Parto: è nato con parto naturale? si  no  se no quale \_\_\_\_\_Pubertà (maschi) età \_\_\_\_\_ Menarca (prima mestruazione) età \_\_\_\_\_ malattie comuni dell'infanzia: vaccinato no  si 

Fumo \_\_\_\_\_ Alcool \_\_\_\_\_

Altre malattie se si quali e quando

cardiache si  \_\_\_\_\_diabete si  \_\_\_\_\_respiratorie si  \_\_\_\_\_apparato digerente si  \_\_\_\_\_malattie reumatiche si  \_\_\_\_\_malattie renali e genitali si  \_\_\_\_\_malattie neurologiche si  \_\_\_\_\_malattie ortopediche si  \_\_\_\_\_allergie si  \_\_\_\_\_altre malattie: si  \_\_\_\_\_**Interventi chirurgici**Tonsille  Adenoidi  Appendice  Ernia inguinale  Altre  Quali? \_\_\_\_\_

Infortunati se si quali e quando

Fratture si  \_\_\_\_\_Distorsioni si  \_\_\_\_\_Lussazioni si  \_\_\_\_\_Traumi cranici si  \_\_\_\_\_Altri si  \_\_\_\_\_

Svenimenti o malesseri collegati allo sforzo fisico \_\_\_\_\_

**Note**L'atleta prende dei medicinali? no  si  se si quali? \_\_\_\_\_  
per quale malattia e da quanto tempo? \_\_\_\_\_E' mai stato sottoposto a ulteriori esami specialistici nelle precedenti visite o durante la propria vita? (ecocardiografia ,  
visita cardiologica, holter, test ergometrico o altri accertamenti no  si  se si quali \_\_\_\_\_

Eventuali altre informazioni \_\_\_\_\_

Io sottoscritto dichiaro di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non esser mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivati dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dell'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Pavia li, \_\_\_\_\_

(firma dell'atleta, se minorenne di un genitore o di chi ne fa le veci)

## CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DI TEST DA SFORZO PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ

Il test da sforzo è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche ed eventualmente pressorie necessarie per esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva agonistica/non agonistica o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. Durante il test viene provocato normalmente un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa: pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardio-respiratorie, a gravi complicanze. Il test viene interrotto a giudizio del Medico o a richiesta esplicita del Paziente. È molto importante che l'interessato comunichi ogni eventuale sintomo al Medico.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (specificare se atleta, genitore)  
dichiara che le informazioni rilasciate al medico in data odierna corrispondono a verità e che non è stata omessa alcuna informazione sullo stato di salute e ACCETTO CONSAPEVOLMENTE DI SOTTOPORMI AL TEST DA SFORZO.

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile dell'interessato/a \_\_\_\_\_  
o del tutore se minore

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

- In qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali Le forniamo, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR), le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari, ossia, ai sensi della presente informativa:
  - i dati identificativi e sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore
  - i dati sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
  - quelli spontaneamente da Lei forniti.
- I Suoi dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981. Tali normative costituiscono, con il consenso prestato in calce al presente modulo ai sensi degli artt. 6.1.a) e 9.2.a) del GDPR, la base giuridica del trattamento.
- I dati verranno riportati su "Schede di valutazione medico sportiva". I Suoi dati saranno trattati secondo i principi correttezza, liceità e trasparenza sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.
- I dati verranno comunicati:
  - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
  - in chiaro, all'ATS competente per territorio;
  - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.I dati non saranno oggetto di diffusione.
- I dati saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR. Le cartelle sanitarie saranno conservate per un tempo non superiore a 5 anni.
- Lei ha il diritto di accedere in qualunque momento ai Suoi dati, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR, la revoca del consenso prestato ai sensi dell'art. 7 del GDPR, di ottenere la portabilità dei dati nei casi previsti dall'art. 20 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente. Lei può formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi dati ex articolo 21 del GDPR nella quale dare evidenza delle ragioni che giustificano l'opposizione. Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ai recapiti sottoindicati.
- Titolare del trattamento è il Centro di Medicina dello Sport **Medica Sport Minerva S.r.l.** con sede in Via Franchi 15, 27100 Pavia, email [sportminerva@gmail.com](mailto:sportminerva@gmail.com), Responsabile del Trattamento è il **Dr. Lucio Ricciardi** Responsabile del Centro. L'eventuale nomina di ulteriori Responsabili sarà reso disponibile presso la sede del Titolare. Il Titolare ha nominato Responsabile per la Protezione dei Dati ("Data Protection Officer" o "DPO") il/la referente della società HSEGAS raggiungibile tramite l'indirizzo PEC [segreteria@pec.hsegas.it](mailto:segreteria@pec.hsegas.it).
- Il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento è indispensabile. Il mancato conferimento rende impossibile 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.

Apponendo la firma in calce al presente modulo manifesto il mio consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi della legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- L'acquisizione dei dati di cui al punto 1,
- La comunicazione dei dati a terzi di cui al punto 4.

### DATI DELL'ATLETA O DEL GENITORE, SE L'ATLETA È MINORENNE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile dell'interessato/a \_\_\_\_\_  
o del tutore se minore