MEDICA SPORT MINERVA s.r.l.
Direttore Sanitario: Dott. Lucio Ricciardi
Via Franchi, 15 - 27100 PAVIA - Tel. 0382 23339 - E-mail: sportminerva@gmail.com

Regione Lombardia
Sistema Sanitario

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

COGNOME _____ NOME _____ Età_____ Sport praticato_____

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 sì 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?_____

Infortuni — 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)

MEDICA SPORT MINERVA s.r.l.
Direttore Sanitario: Dott. Lucio Ricciardi
Via Franchi, 15 - 27100 PAVIA - Tel. 0382 23339 - E-mail: sportminerva@gmail.com

Regione Lombardia
Sistema Sanitario

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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. 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.
6. 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 giustifichino l'opposizione. Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ai recapiti sottoindicati.
7. 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, 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.
8. 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