

Anamnesi confermata dal medico _____ DATA _____

IL PUNTO MEDICO SPORTIVO S.R.L

Tel. 035-302799 Cell. 347/26.82.232 Fax 035-4236166

info@ilpuntomedicosportivo.it

-FOGLIO ANAMNESTICO-

COGNOME E NOME GENITORE _____

COGNOME E NOME ATLETA _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA VIA _____ PAESE _____

N° DI TELEFONO E CELL. _____ E-MAIL _____

PORRE ATTEZIONE ALLE DOMANDE

ANAMNESI FAMILIARE:

Indicare i casi di familiari (genitori , fratelli , sorelle) che sono stati, sono affetti dalle seguenti malattie o deceduti a causa delle stesse:

Diabete Ipertensione Malattie cuore Morte improvvisa sotto i 40 anni

Padre

Madre

Fratelli

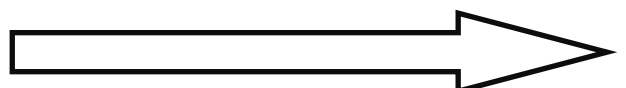
ANAMNESI PERSONALE: (barrare risposta corretta , **esempio: se fumi sigarette barri il SI**)

- | | | | | | | |
|--|-------|----|---------------------------|-------|----|----|
| - Beve caffè? | NO | SI | con che frequenza? | _____ | | |
| - Fuma sigarette ? | NO | SI | quante nella giornata? | _____ | | |
| - Assume farmaci ? | NO | SI | quali e per quale motivo? | _____ | | |
| - Nato a termine ? | | | | | SI | NO |
| - Porta occhiali da vista e/o lenti a contatto? | | | | | NO | SI |
| - E' in cura per problemi ortopedici? | | | | | NO | SI |
| - Quali? | _____ | | | | | |
| - Ha mai avuto perdite di coscienza, svenimenti? | | | | | NO | SI |
| - Ha sofferto / soffre di malattie importanti
(es. broncopolmonite , epatite , meningite , asma , epilessia , altro) ? | | | | | NO | SI |
| - Quali e quando? | _____ | | | | | |
| - Ha subito fratture , traumi cranici o interventi chirurgici ? | | | | | NO | SI |
| - Quali e quando? | _____ | | | | | |
| - Ha mai eseguito esami come quelli sotto indicati(negli ultimi 5 anni)? Se si quando? | | | | | | |
| - Elettrocardiogramma e/o cubo_____Ecografia del cuore _____ | | | | | | |
| - Test da sforzo sulla bicicletta_____ Holter pressorio_____ Holter cardiaco _____ | | | | | | |
| - Sono stati riscontrati soffi cardiaci o altri segni clinici cardiologici ? | | | | | NO | SI |
| - Quali e quando? | _____ | | | | | |
| - Ha eseguito esami ematici (del sangue) negli ultimi dodici mesi? | | | | | NO | SI |
| - In che anno ha eseguito l'ultima visita medica sportiva?_____ | | | | | | |
| - E' sempre stato idoneo alla pratica sportiva ? | | | | | NO | SI |
| - <u>Solo per le donne</u> : A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni ?_____ | | | | | | |
| - E quando le ultime ? | _____ | | | | | |

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

Firma dell'interessato/a o se minorenne del genitore.....

COMPILARE ANCHE DIETRO



INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 12, 13 E 14 DEL REGOLAMENTO 2016/679/UE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si riassume, di seguito, l'informativa ex artt. 12, 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE, già consegnata all'atleta in formato esteso e che con la sottoscrizione in calce dichiara di aver ricevuto dal Centro di Medicina Sportiva, di aver letto attentamente e compreso.

1. Titolare del trattamento dei dati è il centro di medicina sportiva IL PUNTO MEDICO SPORTIVO S.R.L. (nel seguito "Titolare del trattamento"), p.iva e c.f. 022746401640, con sede legale in Bergamo, Via Per Curnasco 52 e sede operativa in Gorle (BG), Via Daste e Spalenga n. 28/C, mail amministrazione@ilpuntomedicosportivo.it
2. Il trattamento dei dati anagrafici, delle coordinate bancarie, dei dati fiscali e contabili, delle fotografie, dell'indirizzo pec, del cns e del codice spid, Suoi o della sua Società o del minorenni su cui esercita la potestà genitoriale, da Lei forniti, è effettuato dalla società Il Punto Medico Sportivo S.r.l. al fine di poter adempiere agli obblighi normativi in materia di fatturazione ed amministrazione in conformità con la normativa vigente, per finalità strettamente connesse e strumentali alla esecuzione del contratto stesso o di quanto da Lei eventualmente richiesto e consentire la comunicazione tra il centro di medicina sportiva ed il cliente.
3. I dati "particolari" (ex sensibili) di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Suoi o del minorenni su cui esercita la responsabilità genitoriale, ivi compresi i dati relativi al Suo stato di salute, i certificati e/o documenti medici, i Suoi dati sanitari sono trattati, nel rispetto di quanto indicato dal Regolamento nonché alla luce delle applicabili Autorizzazioni emanate dalla Autorità Garante per la protezione dei dati personali, al fine esclusivo di adempiere agli obblighi di legge e alle previsioni del contratto ovvero in occasione di Sue specifiche richieste.
Potranno, inoltre, essere trattati Suoi dati personali raccolti presso terzi sempre per le finalità sopra indicate e nel rispetto della normativa applicabile nonché, nei limiti degli obblighi di legge e su indicazione dell'autorità giudiziaria competente, ovvero per espressa previsione di obblighi normativi propri dalla società Il Punto Medico Sportivo S.r.l..
4. I Suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi al fine di dare seguito agli adempimenti da Lei richiesti, ovvero, in caso di necessità, a soggetti esterni operanti in qualità di Titolari del Trattamento (ad es. Autorità, A.T.S. competente per territorio, Forze dell'Ordine o magistratura, etc.), a soggetti esterni designati come Responsabili esterni del Trattamento che svolgono per conto del Titolare specifiche attività (ad es. professionisti medici e personale sanitario, laboratori di analisi, farmacisti, aziende ospedaliere, etc.), a soggetti esterni o uffici per lo svolgimento di adempimenti richiesti (ad es. Agenzia delle Entrate, Istituti Previdenziali, Ispettorati del Lavoro, Uffici Pubblici o Privati), Società Sportive, Associazioni, Federazioni o Enti di promozione sportiva di riferimento, o società controllate o collegate o affiliate al Titolare dei dati.
5. I Suoi dati non verranno trasferiti in paesi terzi o ad organizzazioni internazionali. In caso di trasferimento per esigenze relative all'incarico ricevuto, i dati verranno trasferiti in paesi terzi o organizzazioni internazionali che forniscono garanzie adeguate in materia di privacy e protezione dei dati.
6. I Suoi dati sono raccolti e registrati, sia in modalità cartacee che elettroniche mediante strumenti manuali, informatici e telematici, in modo lecito e secondo correttezza per le finalità sopra indicate e nel rispetto dei principi e delle prescrizioni previsti dall'art. 11 del Codice e 5 c 1 del GDPR.
7. I Suoi dati verranno trattati per tutta la durata dell'incarico, riportati e conservati per il periodo previsto dalle normative vigenti sulle "Schede di Valutazione medico Sportiva per i praticanti gli sport di cui alla tabella B" ed, eventualmente, anche successivamente per finalità amministrative e/o legali e, comunque, in conformità ai principi di liceità, correttezza, non eccedenza e operatività previsti dalla vigente normativa privacy.
8. Il conferimento dei Suoi dati è indispensabile ai fini dell'esecuzione della prestazione lavorativa tra Lei e Il Punto Medico Sportivo S.r.l. e per consentire a quest'ultimo di dare seguito agli adempimenti previsti dalle normative applicabili: in assenza è impossibile instaurare e mantenere l'incarico conferito. Per tale ragione, non è richiesto il consenso al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 6 del Regolamento Europeo 2016/679, considerato che il trattamento dei dati personali avviene sulla base delle previsioni di cui all'art. 6 c. 1 b) del Regolamento Europeo 2016/679.
9. Il conferimento dei Suoi dati "particolari" è facoltativo ed è richiesto il Suo espresso consenso, ma costituisce condizione necessaria per instaurare e mantenere l'incarico tra Lei e il Centro Medico e per poter redigere il certificato di cui ai decreti ministeriali 18.2.1982 e 4.3.1993.
10. Diritti dell'Interessato. Con riguardo al trattamento che viene effettuato dei Suoi dati personali da parte de Il Punto Medico Sportivo S.r.l., in qualità di Interessato, Lei ha il diritto di: chiedere conferma che sia o meno in corso un trattamento di suoi dati personali, accedere ai dati personali che La riguardano, richiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento nelle ipotesi previste dalla norma, ottenerne la portabilità, opporsi in qualsiasi momento al trattamento e proporre reclamo al Garante della Privacy; nel caso in cui ritenga che i trattamenti che La riguardano violino le norme del Regolamento stesso. Per poter esercitare tali diritti, potrà richiedere al centro di medicina sportiva l'apposito modulo, completarlo e inviarlo a mezzo email all'indirizzo amministrazione@ilpuntomedicosportivo.it, oppure a mezzo raccomandata a.r. presso la sede del titolare.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

ai sensi degli artt. 6 e 8 del Regolamento Europeo 2016/679

Il/La sottoscritto/a _____



NON AUTORIZZA



AUTORIZZA

IL PUNTO MEDICO SPORTIVO S.R.L. ai sensi degli artt. 6 ed 8 del Regolamento UE 2016/679 al trattamento, per le finalità e modalità indicati nei punti 1, 2 e 3, di dati relativi al proprio stato di salute, dati sanitari, certificati e documenti medici, necessari allo svolgimento dell'incarico conferito e dell'erogazione delle prestazioni mediche in suo favore.

In caso di paziente minorenne Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevolezza delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato. le predette comunicazioni e autorizzazioni in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Gorle (BG), _____

Firma _____