

SOLO RIPOSO

CON SFORZO

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremmo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

- Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo ecc.)
Indicare quale patologia e grado di parentela _____
- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) _____
- Diabete (indicare chi) _____ • Iperensione (indicare chi) _____
- Altro _____

Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare? (Ecocardiogramma, Holter, Test massimale, altro...e per quale motivo) _____

Ha/Ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Iperensione | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Malattie reumatiche | <input type="checkbox"/> Polmonite | <input type="checkbox"/> Mononucleosi | <input type="checkbox"/> Pneumotorace |
| <input type="checkbox"/> Epatite virale | <input type="checkbox"/> Monorene | <input type="checkbox"/> Monorchide(un solo testicolo) | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici/comportamentali _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | | |

E' mai svenuto?(sincopi/lipotimie) _____ **Fuma?** _____

E' stato operato di:

- | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tonsillectomia | <input type="checkbox"/> Adeinoidectomia | <input type="checkbox"/> Appendicectomia | <input type="checkbox"/> Ernia | <input type="checkbox"/> Meniscectomia DX SX |
| <input type="checkbox"/> Ricostruzione Legamento Crociato DX SX | <input type="checkbox"/> Varicocele | <input type="checkbox"/> Testicolo ritenuto | | |
| <input type="checkbox"/> Altre operazioni _____ | | | | |

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? Se si, precisare quando e per quali motivi _____

Ha riportato fratture o altri infortuni? Se si, precisare quando e in quale parte del corpo _____

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se si, quali? _____

In questo periodo sta seguendo qualche cura? SI NO

Se si, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo? _____

DICHIARAZIONE

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, 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 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 DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) _____

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente ad essere sottoposto al test da sforzo al cicloergometro. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro sintomo. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) _____

Il Medico _____

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

La Società CENTRO DE RUVO SRL P.IVA 01979930037 con sede legale in Paruzzaro (NO), in Via Monte Rosa 30, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento dei dati personali dei clienti richiedenti Certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica effettuato dalla società, in qualità di titolare del trattamento.

- TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** CENTRO DE RUVO S.R.L.. I dati di contatto sono: info@centroderuvo.it
- FINALITÀ DEL TRATTAMENTO:** Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali i dati saranno trattati dalla Società per i seguenti fini: assolvimento a obblighi normativi: Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993. Legge Regionale 66/1981. Le basi giuridiche del trattamento per le finalità sopra indicate sono gli artt. 6.1a), 6.1b), 6.1c) del Regolamento.
Il conferimento dei dati per i seguenti fini è facoltativo, ma l'eventuale mancato conferimento dei dati stessi e il rifiuto a fornirli comporterebbero l'impossibilità per la società di 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.
- MODALITÀ DI TRATTAMENTO:** In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati avviene tramite strumenti manuali e/o informatici con modalità tali da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, oltre al rispetto degli obblighi sanciti dalla normativa. I dati saranno trattati nel rispetto del principio della liceità, correttezza, pertinenza e non eccedenza, secondo quanto disposto dalla normativa.
- CATEGORIE E TIPI DI DATI RACCOLTI:** I dati trattati possono includere dati comuni nonché dati personali inclusi nelle seguenti categorie: Stato di salute, carte sanitarie e ogni altro dato sanitario che può essere rilevato nell'espletamento delle prestazioni mediche; Dati necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993.
- PERIODO DI CONSERVAZIONE:** I dati forniti saranno conservati per il periodo necessario per l'esecuzione delle prestazioni mediche richieste.
- COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI:** Nello svolgimento delle proprie attività ordinarie i Dati verranno comunicati: Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione sportiva di riferimento; In chiaro, alla Asl competente per territorio.
- DIRITTO DELL'INTERESSATO:** L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca; ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo.

CONSENSO

Preso atto dell'informativa sopra riportata, avente riferimento al trattamento dei dati personali effettuato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

LIBERAMENTE ACCONSENTO

Al trattamento, nel rispetto delle disposizioni del Regolamento, dei dati personali che mi riguardano per le finalità indicate.

Nome e Cognome _____

Nato/a _____ il _____

Data _____

FIRMA LEGGIBILE DELL'INTERESSATO _____ (per minorenni firma del Tutore)