



# Centro di Medicina Sportiva "Città di Crema"

Via Kennedy,45 - 26013 CREMA

Segreteria ed appuntamenti: Via Kennedy, 45 Tel. e Fax 037381990



I genitori dei ragazzi di età inferiore a 18 anni, interessati agli accertamenti medici per l' idoneità sportiva presso il Centro di Medicina Sportiva "Città di Crema", sono gentilmente pregati di accompagnare i ragazzi stessi alla visita, o di fornirli di codesto questionario debitamente compilato e firmato.

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

**Malattie presenti in famiglia:** specificare parentela: nonni, genitori, fratelli.

DIABETE NO SI IPERTENSIONE NO SI  
CARDIOPATIE NO SI ALTRE MALATTIE GRAVI \_\_\_\_\_

Il ragazzo è nato a termine della gravidanza da parto normale? SI NO  
Se no specificare \_\_\_\_\_

**MALATTIE SOFFERTE:** indicare a quale età  
**COMUNI ESANTEMI INFANTILI** (morbillo, varicella. parotite, rosolia, ecc.) \_\_\_\_\_

**ALLERGIE** \_\_\_\_\_

**ALTRE MALATTIE** (pleurite, polmonite. epatite, ecc.) \_\_\_\_\_

**INTERVENTI CHIRURGICI** (indicare l'età)  
TONSILLECTOMIA  \_\_\_\_\_ APPENDICECTOMIA  \_\_\_\_\_ ERNIE  \_\_\_\_\_ FIMOSI  \_\_\_\_\_  
ALTRI  \_\_\_\_\_

**INFORTUNI** (indicare l'età e in quale occasione)  
FRATTURE \_\_\_\_\_ DISTORSIONI GRAVI \_\_\_\_\_  
TRAUMI CRANICI \_\_\_\_\_ ALTRI \_\_\_\_\_

Il ragazzo ha mai perso conoscenza, ha mai sofferto di vertigini, di cefalea, ha mai avuto convulsioni?

In precedenti visite è stato riscontrato soffio cardiaco o qualche altro disturbo?

Vi ringraziamo per la preziosa collaborazione e Vi preghiamo di allegare in visione eventuali referti in Vostro possesso (ecocardiogramma, esame poligrafico, test da sforzo, elettroencefalogramma, esami del sangue, radiografie, ecc.) che Vi saranno prontamente restituiti. Per ogni eventuale chiarimento Vogliate contattare la nostra segreteria a Crema, Via Kennedy, 45—Tel. 037381990

### **DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche 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 genitore

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D.LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

- 1. Per dati personali si intendono**, ai sensi della presente informativa:
  - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
  - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993
  - quelli spontaneamente da Lei forniti.
- 2. I dati vengono da noi raccolti** con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.
- 3. I dati verranno riportati** su "Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 31 e seguenti del D.L.gs 196/03)
- 4. 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;
  - in forma anonima alla U.O. Prevenzione della .Direzione Générale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
- 5. Richiamiamo integralmente**, ai sensi dell'art. 7 del D.L.gs. i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
- 6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento** ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport CITTA' DI CREMA, in persona del Legale Rappresentante e che il **Responsabile del trattamento** è il Dr. LUIGI MANCINI Responsabile del Centro.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti soprarichiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

### Consenso ai sensi 23 D.L.gs 196/03

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

In particolare manifesto il mio consenso espresso per

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Dichiaro di essere stato informato sulle modalità della visita e su tutti i rischi connessi con la stessa.

Dichiaro di avere fornito tutte le informazioni richiestemi con correttezza e coscienza.

Dichiaro di accettare di sottoporre mio figlio/a alla visita stessa liberando gli operatori di ogni responsabilità

Firma del genitore