

Modello 2 Anamnesi

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT – FISIOSPORT SRL

QUESTIONARIO per VISITA DI IDONEITÀ allo SPORT AGONISTICO da compilarsi a cura dei Genitori. SI PREGA DI ALLEGARE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE MEDICA IN POSSESSO.

Atleta: Cognome e Nome.....

Residenza dell'atleta (via e città).....

Ha avuto svenimenti o convulsioni o perdita di conoscenza? Si No

(SE SI SPECIFICARE)

.....

E' stato ricoverato in ospedale? Ha avuto INTERVENTI CHIRURGICI?

(SE SI SPECIFICARE)

.....

Ha subito traumi o fratture? Si No

(SE SI SPECIFICARE)

.....

Ha mai effettuato accertamenti cardiologici? Si No

(SE SI SPECIFICARE)

.....

HA ALLERGIE? Si No

(SE SI SPECIFICARE)

.....

E' attualmente in cura con farmaci? Si No

(SE SI SPECIFICARE)

.....

Nella famiglia del ragazzo/a (genitori, nonni, fratelli e sorelle) ci sono o ci sono stati casi di diabete, pressione alta, malattie di cuore o malattie ereditarie e quali? Si No

(SE SI SPECIFICARE)

.....

Modello 2 Anamnesi

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a.....genitore del
ragazzo/a.....dichiaro di aver informato esattamente il Medico riguardo le
condizioni di salute attuali e precedenti di mio figlio/a.

Dichiaro inoltre che mio figlio/a non è mai stato/a dichiarato/a NON IDONEO in precedenti visite medico
sportive.

Dichiaro di aver informato il Medico delle mie condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti, mi impegno
inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali.

Dichiaro inoltre di essere stato informato dei rischi connessi alle prestazioni da me richieste ed accetto di
eseguire le stesse.

Firma leggibile del genitore dichiarante:

Ai sensi degli artt. 13, 15, 16, 17, 18 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati REG UE 2016 / 679 di seguito GDPR, il titolare del trattamento dei dati Fisiosport S.r.l. Via Einaudi 24-61032 Fano (PU) rende la seguente informativa sul trattamento dei dati: Il trattamento sarà finalizzato alla rilevazione del Suo stato di salute, i dati non saranno comunicati a terzi se non per finalità connesse all'erogazione del servizio (laboratori analisi) e per obblighi di tipo amministrativo, i dati non saranno trattati in paesi Extra UE e non saranno diffusi. Il trattamento è basato sul consenso, il suo mancato conferimento comporterebbe l'impossibilità di instaurare e/o proseguire il rapporto. La durata del trattamento dei dati come previsto dalle norme specifiche sarà di 5 anni. L'interessato potrà esercitare i propri diritti ai seguenti riferimenti: Tel. 0721 856145 sede Fano (PU), Tel. 0721 715743 sede Fossombrone (PU), mail: info@fisiosportsrl.com.

Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali "sensibili", nei limiti in cui sia strumentale per la finalità perseguita dall'operazione o dal servizio, ai sensi dell'articolo 13 del DLGS 196/2003, esprimo il consenso.

Per quanto riguarda la comunicazione dei dati personale a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione dell'operazione o dell'esercizio, esprimo il consenso.

Esprimo altresì il mio impegno a comunicarvi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in vostro possesso.

Firma leggibile del genitore dichiarante

Data