

VIA SAN ROCCO n°19 Morbegno (So)

Cognome e Nome atleta..... Data/orario visita.....

**1- ANAMNESI FAMILIARE**Qualcuno dei parenti più stretti è affetto da una delle patologie seguenti? Indicare chi

- Ipertensione.....  
 Diabete.....  
 Patologie cardiologiche.....  
 Patologie tumorali.....  
 Altro .....

Qualcuno di loro è morto in giovane età (30ANNI)?

- Si  No Se Si chi, a quanti anni e di cosa?  
 .....

**2- ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

Sei nato al termine dei nove mesi di gravidanza?

- Si  No Se No a quanti mesi? .....

Hai avuto problemi durante l'accrescimento?

- Basso tasso di crescita  
 Difficoltà di apprendimento a scuola  
 Difficoltà a relazionarsi con i tuoi coetanei  
 Altro .....

**Il ciclo mestruale (donne):**

- non ancora mestrata

SI: indicare a quanti anni è iniziato: .....

DATA INIZIO ULTIMO CICLO.....

- in menopausa

**Bevi alcolici?**

- Spesso  Occasionalmente  Mai

**Fumi?**

- Si  No

Se Si, quante sigarette al giorno? .....

**3- ANAMNESI PATOLOGICA**

Che malattie hai avuto?

- Morbillo  Rosolia  Orecchioni  
 Varicella  Scarlattina  
 Pertosse  Reumatismi nel sangue  
 Altro degno di nota o che comunque abbia comportato il ricovero in ospedale, se sì cosa?  
 .....

**Hai mai perso coscienza (perdita totale)?**

- Si  No Se Si, in che occasione?  
 .....

**Stai assumendo farmaci in questo momento?**

- Si  No Se Si, quali? Per quale motivo?  
 .....

**Hai patologie in corso?**

- Si  No Se Si, quali?  
 .....

**Sei allergico a qualcosa?**

- Si  No Se Si a cosa?  
 Piante, quali .....

**Hai mai avuto attacchi d'asma?**

- Si  No Se Si, in che occasione?  
 .....

**Hai subito interventi Chirurgici? \*\*\*VEDI NOTA**

- Si  No Se Si quali?  
 .....

**Hai avuto grossi traumi? \*\*\*VEDI NOTA**

- Si  No Se Si a cosa?  
 Traumi cranici con perdita di coscienza o comunque con ricorso al PRONTO SOCCORSO  
 Fratture. Dove?  
 .....

**HAI TUTTI GLI ORGANI?**

- Si

- No

se NO: indicare quali organi mancano o non sono funzionanti \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ ALTEZZA: \_\_\_\_\_

**\*\*\* NOTA: PORTARE CON SÉ ESAMI  
 CARDIOLOGICI (ECO, HOLTER), ESAMI  
 EFFETTUATI IN CASO DI PATOLOGIE  
 ATTUALI O PREGRESSE, CURE MEDICHE  
 IN CORSO O FOGLI DI  
 RICOVERI/DIMMISSIONI OSPEDALIERE.**

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. Dichiaro inoltre che mio figlio non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19, di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane e di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di studio, eccetera).

✓ **FIRMA GENITORE**

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali" prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Ai sensi della legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. In particolare, i trattamenti di dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati (articolo 4 del D.lgs. 196/2003).

Ai sensi dell'articolo 13 della legge predetta, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. i suoi dati verranno trasmessi alle Istituzioni ed Enti per tutti gli adempimenti connessi e conseguenti;
  2. il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata presa in esame del caso da parte della Commissione Regionale D'Appello per carenza di documentazione;
  33. il titolare del trattamento è: CMS di Montani Giampaolo & C. sas;
  4. il responsabile del trattamento è il Dott. Matteo Castellini;
  5. al titolare del trattamento o al Responsabile sopra indicato Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 e segg. del D.lgs. n. 196/2003, di cui è a disposizione copia in caso di sua richiesta.
- Pertanto in relazione ai dati sensibili che Lei potrebbe fornire e che verranno da noi sottoposti esclusivamente ai trattamenti obbligatori per legge ed in relazione ai fini previsti dalla legge, Le verrà richiesto di esprimere il Suo consenso.

#### CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 della D.lgs. n. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali e del proprio figlio, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'articolo 4 della legge citata, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, e i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

### **ATTENZIONE:**

- **LE DISDETTE VANNO EFFETTUATE ALMENO 48 ORE PRIMA DELL'APPUNTAMENTO TELEFONANDO ALLO 0342-615921 O MANDANDO UN SMS con tutti i dati al 335-214822. Dopo 15 minuti di ritardo senza nessun avviso, la direzione si riserva il diritto di annullare la visita stessa.**

### **COMPILARE TUTTI I SEGUENTI CAMPI CON I DATI DEL GENITORE**

**-Nome e cognome** \_\_\_\_\_

**-CODICE FISCALE:** \_\_\_\_\_

**-Luogo di nascita** \_\_\_\_\_

**-Data di nascita** \_\_\_\_\_

**-Telefono cellulare o fisso:** \_\_\_\_\_

**-FIRMA DEL GENITORE** \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA PORTARE ALLA VISITA :**

1. CARTA D'IDENTITA' E TESSERINO SANITARIO
2. RICHIESTA SOCIETA' GIA' COMPILATA (timbrata e firmata dalla squadra)
3. ULTIMO CERTIFICATO AGONISTICO (copia atleta originale)
4. **CAMPIONE DI URINA POCA URINA PRELEVATA A CASA MAX. 3 ORE PRIMA**  
**ATTENZIONE: NON CONSEGNARE IL CAMPIONE DELLE URINE COMPORTERA' LA SOSPENSIONE IMMEDIATA DELL'ATLETA. L'URINA VA RACCOLTA A CASA E NON NEL CENTRO MEDICO (REGOLAMENTO CAUTELATIVO ANTIVIRALE)**

5. ABBIGLIAMENTO SPORTIVO E SCARPE TIPO TENNIS INDOSSO+ mascherina

### **DA COMPILARE E FIRMARE A CASA**

**N.B. NON SONO AMMESSI GRUPPI DI PERSONE AD ACCOMPAGNARE L'ATLETA, E' PERMESSA LA PRESENZA DI UN SOLO ADULTO ACCOMPAGNATORE.**

LA MANCANZA DI UNA SOLA DELLE PRECEDENTI O LA MANCATA O ERRATA COMPILAZIONE DEI MODULI RENDE IMPOSSIBILE IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE.