

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

**1- ANAMNESI FAMILIARE****Qualcuno dei parenti più stretti (al di sotto dei 50 anni) è affetto da una delle patologie seguenti?****Indicare chi**

- Ipertensione.....  
 Diabete di tipo 1 .....  
 Patologie cardiologiche.....  
 Patologie tumorali.....  
 Altro (morte improvvisa).....

**-Qualcuno di loro è morto in giovane età (sotto ai 50 ANNI per cause NATURALI)?**

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

**2- ANAMNESI FISIOLÓGICA:****Sei nato al termine degli 8/9 mesi di gravidanza?**

- Sì  No Se No a quanti MESI ? .....

**Hai avuto problemi durante l'accrescimento?**

- Basso tasso di crescita  
 Difficoltà di apprendimento a scuola  
 Altro .....  
 No

**X DONNE: Il ciclo mestruale (donne):**

- non ancora mestrata

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

**Oggi sono in corso le metruazioni?  Sì  No****Fumi?**

- Sì  No

**3- ANAMNESI PATOLOGICA**

Nell'infanzia hai avuto malattie importanti o che altro che abbia comportato il ricovero in ospedale?

- Sì  No  
 se sì cosa?  
 .....

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

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

**\*\*\*VEDI NOTA**Stai assumendo farmaci?  Sì  NoSe Sì, quali? Per quale motivo? **\*\*\*VEDI NOTA**

.....

Hai patologie in corso?  Sì  No

Se Sì, quali?

..... **\*\*\*VEDI NOTA**Hai avuto tachicardia/cardiopalmo?  Sì  NoSei allergico a qualcosa?  Sì  No

Se Sì a cosa?

.....  
 .....

Soffri d'asma?

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

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

- Sì  No Se Sì quali?  
 .....

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

- Sì  No Se Sì a cosa?

- Traumi cranici con perdita di coscienza o comunque con ricorso al PRONTO SOCCORSO  
 Fratture. Dove?  
 .....

**HAI TUTTI GLI ORGANI?**

- Sì  
 No

**se NO: indicare quali organi mancano o non sono funzionanti****\*\*\* NOTA: PORTARE CON SÉ ESAMI****CARDIOLOGICI (ECO, HOLTER, ETC),****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 attuali condizioni psico-fisiche di mio figlio/a e delle affezioni precedenti e che mio figlio/a **non: è mai stato dichiarato non idoneo**, non ha in corso sospensioni o è in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a spiegare e far comprendere a mio figlio/a l'importanza di non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

**CONSENSO AL TEST DA SFORZO: Nel caso in cui Lei accettasse di far sottoporre suo figlio/a al test da sforzo cardiovascolare firmerà questo modulo per il consenso. Potrà decidere liberamente, in qualsiasi momento e senza fornire alcuna spiegazione, di cambiare idea e di revocare il consenso. La procedura (prova da sforzo) sarà eseguita da un medico dello sport coadiuvato da personale infermieristico appositamente addestrato), Firmando questo modulo acconsente a sottoporre suo figlio/a alla prova da sforzo su giudizio del medico dello sport presente in studio.**

**FIRMA DEL GENITORE****PER ACCETTAZIONE ANAMNESI E STEST DA SFORZO.**

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; 3. 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".**

**DATI DEL GENITORE/TUTORE LEGALE CHE AUTORIZZA:**

**COGNOME E NOME** (genitore): \_\_\_\_\_  
**DATA E LUOGO DI NASCITA** (genitore): \_\_\_\_\_  
**CODICE FISCALE** (genitore): \_\_\_\_\_  
**N° DI TELEFONO** (genitore): \_\_\_\_\_  
**FIRMA LEGGIBILE**(genitore): \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SOLO SE ACCOMPAGNATO DA ALTRE PERSONE:**

-Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ delego il/la signor/a \_\_\_\_\_ ad accompagnare mio figlio alla visita medico sportiva in mia vece.



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

**Dopo 15 minuti di ritardo è facoltà del centro cancellare la visita**

**COSA PORTARE ALLA VISITA**

**1. CARTA D'IDENTITA' E TESSERINO SANITARIO ORIGINALI**

**2. RICHIESTA SOCIETA' COMPILATA A CASA (TIMBRATA E FIRMATA A MANO)**

**3. ULTIMO CERTIFICATO AGONISTICO ORIGINALE oppure dichiarazione di smarrimento timbrata e firmata dal presidente della società. Il certificato precedente va' portato anche se scaduto, anche se eseguito in altra struttura, anche se cambia lo sport.**

**4. CAMPIONE DI URINA DEL GIORNO PRELEVATA A CASA IN CONTENITORE IDONEO (Provetta oppure barattolino per la raccolta urine) Non è necessario essere digiuni per raccogliere l'urina, si può fare prima di arrivare o al mattino e conservata in frigo.**

**In mancanza dell'urina la provetta avrà un costo di € 2**

**5. ABBIGLIAMENTO CHE CONSENTA DI PEDALARE SU UNA BICI già indosso**

**6. ESAMI FATTI PER ALTRI CONTROLLI (CARDIOLOGICI, RICOVERI O DIMISSIONI, TERAPIE IN CORSO) nullaosta specialistico se in ripresa da infortunio o se seguito per patologie importanti.**

**LA MANCATA O ERRATA COMPILAZIONE, LA MANCATA CONSEGNA DEI DOCUMENTI E DELLE COSE RICHIESTE, LA MANCANZA DEL CAMPIONE DI URINA RENDERA' IMPOSSIBILE IL RILASCIO IMMEDIATO DELLA CERTIFICAZIONE.**

