

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)**

Diabete: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
 Asma: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
 Ipertensione arteriosa: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
 Cardiopatia ischemica od infarto: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
 Morte improvvisa: si  no  Chi? \_\_\_\_\_; a che età? \_\_\_\_; causa? \_\_\_\_\_  
 Altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE**

TIPO DI LAVORO PRATICATO: \_\_\_\_\_

QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna  5/10  più di 10  , da quanti anni? \_\_\_\_\_  
 ex  , per quanti anni? \_\_\_\_\_ , da quanto hai smesso? \_\_\_\_\_

BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? : si  no  se SI quanto di media al giorno \_\_\_\_\_

ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI? : si  no

Se SI, quali e perché? \_\_\_\_\_

**SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:**

Diabete: si  no  Usi insulina? si  no   
 Malattie e/o aritmie cardiache: si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
 Ipertensione arteriosa : si  no   
 Epilessia : si  no   
 Altre malattie neurologiche : si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
 Allergie: si  no  Se SI, a cosa? \_\_\_\_\_  
 Asma: si  no   
 Altre malattie respiratorie : si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
 Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? si  no  Se SI, quali e quando? : \_\_\_\_\_

Hai mai avuto FRATTURE? si  no  Se SI, quali e quando? : \_\_\_\_\_

Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI? si  no  Se SI, quali e quando? : \_\_\_\_\_

Hai mai avuto TRAUMI CRANICI? si  no  Se SI, quando? \_\_\_\_\_

con svenimento? si  no  ; con ricovero? si  no  ; esami eseguiti: \_\_\_\_\_

ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? si  no

Se SI, quale? \_\_\_\_\_

dovuta a? \_\_\_\_\_

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?: \_\_\_\_\_

**DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA DELLO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI QUALI:**

DOLORI AL TORACE si  no  quando? \_\_\_\_\_; con che frequenza? \_\_\_\_\_ descrivili: \_\_\_\_\_

SVENIMENTI si  no  quando? \_\_\_\_\_; con che frequenza? \_\_\_\_\_ descrivili: \_\_\_\_\_

DISTURBI DEL RITMO CARDIACO si  no  quando? \_\_\_\_\_; con che frequenza? \_\_\_\_\_ descrivili: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA**

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA O NON AGONISTICA? si  no

Se SI quale? NON AGONISTICA  AGONISTICA

IN TALI VISITE SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO? si  no  O SOSPESO? si  no

Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_

SONO MAI STATI RICHIESTI ALTRI ESAMI (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc) si  no

Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_

**MALATTIE INFANTILI**

Varicella	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Morbillo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Rosolia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Parotite (orecchioni)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Pertosse	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Scarlattina	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mononucleosi inf.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Epatite B	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Epatite C	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altre malattie?	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Se SI, quali _____					

**VACCINAZIONI**

Morbillo/rosolia/parotite	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Epatite B	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Papilloma Virus (HPV)	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	Tetano	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

**NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA**

PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI? si  no . Se SI, quali? \_\_\_\_\_

UTILIZZI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO? si  no

Se SI, cosa usi durante lo sport? Occhiali  Lenti a contatto  Nulla

**NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO**

PATOLOGIE o DIFETTI UDITIVI? no  si  Se SI, quali? \_\_\_\_\_

Se SI, usi protesi auricolari? no  si

**DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE**

<p>Per le <b>donne</b>: data prima mestruazione (menarca): _____</p> <p>data ultima mestruazione: _____</p> <p>Ciclo: <input type="checkbox"/> regolare - <input type="checkbox"/> irregolare - <input type="checkbox"/> ancora non iniziato</p> <p><input type="checkbox"/> assente: perché? _____</p> <p>Usi farmaci anticoncezionali? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Se SI, quali? _____</p>	<p>Per gli <b>uomini</b>: Hai da segnalare problemi agli organi genitali?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so</p> <p>Se SI, quali? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

**NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI**

QUALE SPORT PRATICHI? \_\_\_\_\_ DA QUANTI ANNI? \_\_\_\_\_

N° ALLENAMENTI A SETTIMANA: \_\_\_\_\_ DURATA DELL'ALLENAMENTO: \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE AI RISCHI E AI DANNI DEL DOPING**

Ritieni di essere bene informato sui rischi e sui danni del doping e dell'uso improprio di farmaci o del loro abuso?

si  solo superficialmente  no

Chi ti ha informato su questi rischi e sugli effetti conseguenti sulla salute?

medico della squadra <input type="checkbox"/>	medico di famiglia <input type="checkbox"/>	allenatore <input type="checkbox"/>
giornali <input type="checkbox"/>	televisione <input type="checkbox"/>	internet <input type="checkbox"/>
genitori <input type="checkbox"/>	nessuno <input type="checkbox"/>	altri _____

**RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO VISITATORE**

Tel. Abitazione: \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare: \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare del genitore (per i minori) : \_\_\_\_\_, nome genitore : \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare del genitore (per i minori) : \_\_\_\_\_, nome genitore : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE:** Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

**DATA** \_\_\_\_\_

**Firma del medico**

**Firma dell'atleta o del tutore se minore**

**ATTO DI CONSENSO INFORMATO  
VISITA MEDICA E  
STEP-TEST E/O TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO**

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto a visita medica comprensiva di esame strumentale per valutazione cardiaca mediante step-test e/o test ergometrico al cicloergometro. Dichiaro di essere a conoscenza che tali test contengono intrinsecamente un margine di rischio per ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche.

Tali test, in caso di rischio anche minimo, verranno immediatamente sospesi dall'equipe medica come pure potranno essere sospesi in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerandoli eseguiti ai soli fini amministrativi.

Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di accettare il consenso informato  
(in questo caso **sarà possibile** procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità).

Il sottoscritto dichiara di NON accettare il consenso informato  
(in questo caso **non sarà possibile** procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità).

**Firma dell'atleta o del tutore se minore**

**DATA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (in seguito “GDPR”)**

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, La informiamo che *Istituto di Medicina dello Sport di Milano S.r.l* in qualità di Titolare del trattamento ed il Medico certificatore, in qualità di Responsabile del trattamento, tratteranno – per le finalità e le modalità di seguito riportate – i dati personali da Lei forniti o trasmessi dalla società sportiva di appartenenza, ovvero acquisiti durante le eventuali visite, analisi, diagnosi, e/o terapie.

In particolare verranno trattati i seguenti dati personali:

- Dati anagrafici ed identificativi (nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, recapiti telefonici e fax, mail, codice fiscale e P.IVA, tesseramento, società d'appartenenza);
- dati sanitari richiesti per l'accertamento delle idoneità medico sportive agonistiche e non, previste dai Decreti Ministeriali 18.02.1982, 04.03.1993, 24.04.2013, dalla Legge n. 125 del 30.10.2013, dal D.M. 08.08.2014 e dalla ulteriore normativa, nazionale e regionale, vigente e successivamente intervenuta, nonché più in generale quelli acquisiti nell'espletamento delle prestazioni mediche effettuate in Suo favore;
- campioni biologici;
- altri dati sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al Suo stato di salute;
- dati sanitari contenuti nel foglio di anamnesi che Le viene somministrato.

**1. Base giuridica e finalità del trattamento.**

**1.1. I trattamenti finalizzati a:**

- Effettuare le valutazioni medico sportive prescritte dalla normativa sanitaria, nazionale e regionale, vigente, ivi comprese le visite specialistiche che si dovessero rendere necessarie, per il rilascio delle prescritte idoneità.
- Gestire i profili contrattuali, contabili, amministrativi e sanitari della prestazione erogata (rientrano in tali finalità l'utilizzo di utenze fisse e mobili o indirizzi email da Lei comunicati, per ricordarLe (tramite telefonate o SMS o e-mail) date e scadenze di visite sanitarie).
- Gestire il fascicolo sanitario e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici.
- Gestire la scadenza/fissazione o cancellazione di visite mediche, attraverso il contatto sull'utenza mobile (anche tramite SMS) o fissa da Lei indicata.

sono basati sul Suo consenso e sugli adempimenti di cui alla normativa sopra richiamata a tutela della salute della persona,

**1.2. I trattamenti finalizzati ad aggiornarLa (tramite newsletter all'indirizzo e-mail fornito) in merito alle attività ed ai servizi offerti, nonché fornirLe informazioni sui corretti stili di vita sono fondati sul Suo consenso.**

**2. Modalità del trattamento**

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice e all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: il trattamento dei dati personali potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Al riguardo, Le rappresentiamo come la struttura abbia provveduto alla nomina di un Direttore Sanitario, nella persona del dott. Paolo Rumi il quale, sulla base di questo incarico, supervisiona la gestione dei suoi dati in accordo con la normativa vigente che ne regola l'attività.

**3. Obbligatorietà del conferimento**

Il conferimento dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1.1. è obbligatorio. Un eventuale rifiuto non consentirà l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta, né il rilascio della certificazione medica necessaria ai sensi della normativa sanitaria di riferimento, né l'aggiornamento su eventuali scadenze di visite programmate.

Il conferimento dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1.2 è facoltativo.

**4. Ambito di comunicazione dei dati**

**4.1. I dati personali potranno essere comunicati a:**

- Strutture pubbliche (ATS per territorio e Regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore;

I dati personali di cui alla lettera a) e c) potranno essere comunicati a:

- i laboratori di analisi, che per conto del Titolare del trattamento effettuano gli esami analitici;

I dati personali, limitatamente al certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica e non, verranno comunicati ai fini di legge alla Sua società sportiva. L'eventuale non idoneità/sospensione dall'attività sportiva in attesa di accertamenti, verrà comunicata senza alcun riferimento alle patologie riscontrate o diagnosi cliniche.

I dati di cui al punto a) verranno trasmessi ai consulenti legali, in caso di controversie, e fiscali per gli adempimenti di legge;

**4.2. I dati che precedono verranno trasmessi agli enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico o clinico o per pubblicazioni scientifiche;**

**4.3. I dati che precedono verranno trasmessi alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra indicate.**

**4.4. I dati personali da Lei forniti non saranno oggetto di diffusione.**

**5. Trasferimento dei dati all'estero**

**5.1. I dati personali sono conservati su server ubicati in Italia. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili ed in particolare quelle di cui al Titolo V del GDPR.**

**5.2. I Suoi dati non saranno trasferiti extra-UE**

**6. Periodo di conservazione dei dati**

I Suoi dati saranno conservati per il periodo necessario al conseguimento delle finalità per i quali sono stati acquisiti e conformemente alle specifiche previsioni di legge al riguardo. La verifica sulla obsolescenza sui dati oggetto di trattamento rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati viene effettuata periodicamente.

**7. Titolare del trattamento**

Istituto di Medicina dello Sport di Milano S.r.l - Via G. B. Piranesi, 46 20137 Milano - tel. 02/73952822

**8. Responsabile della protezione dei dati**

La scrivente società ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo: [dpo@imsmi.it](mailto:dpo@imsmi.it).

**9. Diritti dell'interessato**

In qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, revocare il consenso eventualmente prestato relativamente al trattamento dei Suoi dati in qualsiasi momento ed opporsi in tutto od in parte, all'utilizzo degli stessi e di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata – o pec – al Titolare del trattamento.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità descritte al punto 1.1.

Luogo data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità descritte al punto 1.2.

Luogo data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_