

DATI ATLETA

Cognome

Nome

Nato a

Il

Residenza e/o domicilio

Documento d'identità

Sport per cui è stata richiesta la visita

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP/TEST.

Dichiara di essere a conoscenza che tale test contiene intrinsecamente un margine di rischio per lo sviluppo di ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche.

Tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara 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.

GENITORE / TUTORE

Firma

Dichiara di NON accettare il consenso informato (in questo caso non darà possibile procedere all'esame).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 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 la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.

3. I dati verranno riportati sulle "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. Lgs 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 Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.

5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.

6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è _____ in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il dr. _____ Responsabile del Centro.

7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati 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 dell' art. 23 D. Lgs 196/03

Apponendo la mia 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.

DATI GENITORE/TUTORE

Nome e Cognome..... Cod. Fisc.....

Nato/a..... Il

Data..... Firma leggibile dell'interessato/a.....
o del tutore se minore

N.B. CON LA MANCATA O L'ERRATA COMPILAZIONE DEI DATI RICHIESTI NON SI POTRÀ PROCEDERE ALLA VISITA MEDICO - SPORTIVA AGONISTICA