

# DELEGA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT ATLETA MINORENNE

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a..... il .....

Residente a ..... in via.....

Documento di identità n.....rilasciato il .....

Genitore/Tutore Legale di .....

## DELEGA

Il sig./La sig.ra .....

Residente a ..... in via.....

Documento di identità n.....rilasciato il .....

ad accompagnare il minore agli accertamenti per la visita specialistica di Medicina dello Sport e a rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici.

Dichiara inoltre che gli eventuali altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

**ATTENZIONE:** allegare fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante.

Data

\_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_



centro ambrosiano di  
medicina dello sport

Via Capo Palinuro, 2 - 20142 Milano (MI) - Tel. 02.813.8073 - Fax 02.891.50.497

www.ambrosianomedicinasport.it - info@ambrosianomedicinasport.it

## PER GLI ATLETI MINORENNI

COGNOME e NOME DELL'ATLETA .....

NATO A ..... IL.....

SI PREGA IL GENITORE (o tutore legale) DI COMPILARE CON ATTENZIONE E IN OGNI SUA PARTE LA SCHEDA ANAMNESTICA. Qualora dovessero rimanere dei dubbi sulla comprensione o la compilazione della scheda, non esiti a chiedere chiarimenti al nostro Centro (02-9987580).

In ogni caso la Direzione Sanitaria consiglia di accompagnare il figlio minorenni alla visita soprattutto se si tratta della prima presso il nostro Centro.

Nella famiglia di origine del paziente (genitori, fratelli/sorelle, nonni, zii, cugini di 1° grado) si sono mai verificati INFARTI.....

ICTUS / TROMBOSI.....

CASI DI PRESSIONE ALTA.....

MORTI IMPROVVISE SENZA APPARENTE MOTIVO.....

MALFORMAZIONI CARDIACHE E/O OPERAZIONI CHIRURGICHE AL CUORE.....

MALATTIE DI CUORE.....

ARITMIE CARDIACHE.....

Se sì, specificare chi ne soffre, a che età ha cominciato a soffrirne e altre notizie ritenute utili

Il paziente attualmente gode di BUONA SALUTE ?.....

Il paziente ha avuto di recente la FEBBRE ?.....

Il paziente ha avuto di recente uno SVENIMENTO / MALORE ?.....

Il paziente attualmente assume dei FARMACI ?.....

Il paziente è ALLERGICO? Se sì come si manifesta l'allergia ?.....

Il paziente soffre di ASMA ?.....

Il paziente ha mai effettuato esami diagnostici cardiologici di 2° livello (ecocardio, holter, ecc.)? Se sì, specificare quando, perché e con quale esito.....

Quando il paziente pratica sport, accusa DOLORI / FORTE STANCHEZZA o altri disturbi?

Il paziente ha mai subito INTERVENTI CHIRURGICI?

Se sì, quali e a che età?.....

Il paziente ha mai subito INFORTUNI / TRAUMI?

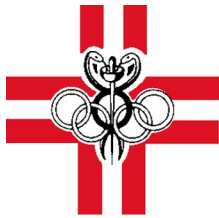
Se sì, quali e a che età?.....

Io sottoscritto ..... dichiaro di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche di mio figlio/a e delle affezioni precedenti, e che lo stesso non è MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO, NON HA IN CORSO SOSPENSIONI, NON E' IN ATTESA DI GIUDIZIO DA PARTE DI ALTRO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT. Dichiaro altresì di acconsentire ad eventuali controllo antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Firma del genitore

Data

.....



centro ambrosiano di  
medicina dello sport

Via Capo Palinuro, 2 - 20142 Milano (MI) - Tel. 02.813.8073 - Fax 02.891.50.497

www.ambrosianomedicinasport.it - info@ambrosianomedicinasport.it

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL 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 D.M. 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 L.R. 66/1981.
3. I dati verranno riportati su "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.L.gs 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, o Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro Ambrosiano di Medicina dello Sport in persona del Direttore Sanitario e che il Responsabile del trattamento è il Direttore Sanitario della Struttura stessa.
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.L.gs 196/03

Apponendo la 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.

Nome Cognome (TUTORE/GENITORE) \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Milano, (data) \_\_\_\_\_

Firma leggibile del tutore/genitore \_\_\_\_\_