



MEDICAL CENTER BRESSO

VICOLO VILLA N. 19 - 20091 BRESSO (MI) TEL. 02.6143113 – 02.66500870 - FAX 02.66507819

www.medicalcenterbresso.it – info@medicalcenterbresso.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____ / _____ / _____

tipo documento _____ n° _____

genitore o tutore esercitante la patria potestà

di _____

nato a _____ il _____

DELEGA

Il sig. / la sig.ra _____

ad accompagnare il proprio figlio alla visita medico-sportiva ed a firmare in propria vece.

Informativa ai sensi dell'ex art. 13 del D.Lgs. 196/03 per il trattamento dei dati personali.

1) Per dati personali s'intendono:

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche;
- quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai DM 18/02/1982 e 04/03/1993;
- quelli spontanei da Lei forniti.

2) I dati saranno raccolti: in ottemperanza alla Legge Regionale 66/1981 e sopra richiamati Decreti;

3) I dati saranno trascritti: sulle Schede di Valutazione Medico Sortiva;

4) I dati saranno comunicati:

- **senza diagnosi clinica** alla Federazione e alla Società Sportiva o Ente di promozione Sportiva di riferimento;
- **in chiaro**, all'ASL competente per territorio;
- **in forma anonima**, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità.

Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato **non sarà possibile redigere il certificato** per carenza di documentazione.

CONSENSO ai sensi dell'art. 23 D Lgs 196/03

Firmando in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito e modalità di cui sopra e nei limiti di cui il mio consenso sia richiesto ai sensi di legge.

Lì, data _____ / _____ / _____ firma _____

SI ALLEGA ANAMNESI DA COMPILARE DA PARTE DEL FAMILIARE DELL'ATLETA MINORENNE



ANAMNESI

IN FAMIGLIA (parenti prossimi) VI SONO STATI CASI DI :

DIABETE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PARALISI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INFARTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	IPERTENSIONE O ICTUS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

L'ATLETA:

SOFFRE DI MALATTIE CONGENITE? SI NO

SE SI QUALI: _____

HA SOFFERTO DI SCOGLIOSI? SI NO

HA SOFFERTO DI DISPLASIA DELL'ANCA? SI NO

HA AVUTO FORME REUMATICHE? SI NO

HA AVUTO EPISODI DI CONVULSIONI, EPILESSIA

FORME FEBBRILI, CONVULSIVE O TIA? SI NO

SE SI QUALI: _____

E' MAI STATO RICOVERATO IN OSPEDALE PER:

MALATTIE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	INFORTUNI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INTERVENTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ACCERTAMENTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SE SI QUALI? _____

HA SUBITO TRAUMI CON PERDITA DI CONOSCENZA? SI NO

SOFFRE DI ALLERGIE? SI NO

SE SI QUALI: _____

HA MAI ESEGUITO ESAMI STRUMENTALI? SI NO

(eco- holter- test da sforzo massimale – tac – ecc...)

SE SI QUALI: _____

ASSUME ABITUALMENTE FARMACI? SI NO

SE SI QUALI: _____

ASSUME ABITUALMENTE ALCOLICI O STUPEFACENTI? SI NO

FUMA? SI NO