



OSIO SOTTO (Bg) - Via Milano, 23 - Tel. 035.881.975

Fax 035.48.706.91 - E-mail: info@sportmancenter.com

Direttore Sanitario Dr. Roberto Gatti

QUESTIONARIO ANAMNETICO DA COMPILARE DA PARTE DEI GENITORI O DEL TUTORE LEGALE DELL'ATLETA MINORENNE

NOME E COGNOME DELL'ATLETA _____ età _____ tel. _____

Malattie nei parenti (es. diabete, ipertensione, cardiopatie, epilessia ...):

SÌ NO Se sì, quali _____

Eventuali casi di morte improvvisa nei parenti: SÌ NO

(Solo per le femmine) data prima mestruazione: _____ data ultima: _____

Fumo: SÌ NO Alcool: no ai pasti abbondante

Malattie nel passato al di fuori delle comuni malattie dei bambini:

SÌ NO Se sì, quali _____

Malattie in atto che richiedono terapie farmacologiche o controlli medici continuativi:

SÌ NO Se sì, quali _____

Altri farmaci assunti abitualmente:

SÌ NO Se sì, quali _____

Interventi chirurgici (dalla tonsillectomia ad operazioni più importanti):

SÌ NO Se sì, quali _____ età _____

Allergie:

SÌ NO Se sì, quali _____

Infortuni e traumi cranici:

SÌ NO Se sì, quali _____ età _____

Episodi di perdita di conoscenza:

SÌ NO Se sì, quali _____ età _____

Data _____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D.LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI 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 favore del minore;
 - quelli spontanei da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 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.Lgs. 196/03).
4. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs., i Vostri diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
5. Le segnaliamo che il titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro di Medicina dello Sport SPORTMAN'S CENTER in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il Dott. Roberto Gatti, Responsabile del Centro.

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE _____

DICHIARAZIONE

Sottoscrivo in senso di completa accettazione e dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003, in particolare dei diritti a me riconosciuti dalla legge, nonché di avere avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno natura di "dati sensibili" ed acconsento al trattamento dei miei dati per finalità e con modalità imposte dalla legge.

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE _____