



## SOCIETA' CAST S.r.l.

<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>	
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA</b>		
<b>RESIDENTE A</b>	<b>VIA</b>	<b>N°</b>

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

Tel. Abitazione                      Tel Ufficio  
Tel Cellulare                        Indirizzo mail

**N.b. In caso di atleta minorenni indicare i numeri telefonici di entrambi i genitori**

### DOMANDE RIFERITE A 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                        si     no     chi? \_\_\_\_\_

### DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

#### SOLO PER LE DONNE:

Data prima mestruazione                      data ultima  
Usi anticoncezionali?                      Si     No     quali?

#### SOLO PER GLI UOMINI:

abile al servizio di leva    Si     No   
Se NO perché: \_\_\_\_\_

SEI PORTATORE DI UN SOLO ORGANO?    Si     No     quale?

#### TIPO DI IMPIEGO:

**QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO?**                      Nessuna                       5/10                       più di 10   
da quanti anni? \_\_\_\_\_  
Ex fumatore                       per quanti anni?                      Da quanto hai smesso?

**BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI?**    Si     No     Se sì quanto in media al giorno

**ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI?**    Si                       No   
Se Sì, quali e perché?

### SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

Diabete                      Si     No     Usi insulina?    Si     No   
Malattia e/o aritmie cardiache                      Si     No     Se Sì quali?  
Ipertensione arteriosa                      Si     No   
Epilessia                      Si     No   
Altre malattie neurologiche                      Si     No     Se Sì quali?  
Allergie                      Si     No     Se Sì a cosa?  
Asma                        Si     No     Se Sì quali?  
Altre malattie respiratorie                      Si     No     Se Sì quali?  
Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI?    Si     No     Se Sì quali e quando?  
Hai mai avuto FRATTURE?                      Si     No     Se Sì quali e quando?  
Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI?        Si     No     Se Sì quali e quando?  
Hai mai avuto TRAUMI CRANICI                      Si     No     Se Sì quali e quando?  
Con svenimento?                      Si     No     Con ricovero?    Si     No     esami eseguiti:  
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 \_\_\_\_\_



## SOCIETA' CAST S.r.l.

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

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA? Si  No   
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?

### NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

2/4

QUALE SPORT PRATICHI? DA QUANTI ANNI?  
N° ALLENAMENTI A SETTIMANA? DURATA DELL'ALLENAMENTO:

### 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

### SPECIFICARE NOME E COGNOME DEL GENITORE IN CASO DI ATLETA MINORENNE

**DICHIARAZIONE:** Io sottoscritto dichiaro di aver fornito al medico i miei recapiti utili per permettere eventuali comunicazioni cliniche e/o richieste di accertamenti in maniera celere e nel rispetto della mia privacy. Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico della 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 mi 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 minorenni, da almeno un genitore.

Firma dell'atleta o del tutore se minore

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SOCIETA' CAST S.r.l.

### ATTO DI CONSENSO INFORMATO

#### STEP TEST/ O TEST ERGOMETRICO ALCICLOERGOMETRO

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

*(Inserire dati dell'atleta)*

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

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto ad 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 avere 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 **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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SOCIETA' CAST S.r.l.

### INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'articolo 13 del D. lgs. N. 193/2003, La informiamo che la **SOCIETA' CAST S.r.l.** in qualità di titolare del trattamento, tratterà alcuni Suoi dati personali, acquisiti durante le eventuali visite, diagnosi, e/o terapie svolte presso la propria struttura, al fine di:

- 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.
- Gestire fascicolo sanitario e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici.

In particolare la SOCIETA' CAST S.r.l. tratterà i seguenti dati personali:

- A) **Dati anagrafici e identificativi** (nome e cognome, data e luogo di nascita, residenza, telefono e fax, mail, codice fiscale e P.IVA, tesseramento, società d'appartenenza);
- B) **Dati sanitari** richiesti per l'accertamento delle idoneità medico sportive agonistiche e non, previste dai Decreti ministeriali 18/02/1982, 28/02/1983 e 04/03/1993 e dalla ulteriore normativa, nazionale e regionale vigente e successivamente intervenuta, nonché più in generale quelli acquisiti nell'espletamento delle prestazioni mediche effettuate il Suo favore;
- C) **Altri dati** sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al Suo stato di salute.

Il trattamento di cui ai punti B) e C) può riguardare dati "sensibili", idonei a rivelare "**lo stato di salute**", riguardanti in particolare le informazioni di tipo medico ricavabili nell'espletamento della prestazione medica, dagli esami strumentali (es. spirometria, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, holter) o contenute nei risultati di laboratorio dei campioni prelevati.

**1 – Modalità di raccolta e trattamento:** i dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981 ed ai fini della tutela della salute della persona. I dati verranno trattati anche con l'ausilio di mezzi elettronici a cura del personale di Istituto di SOCIETA' CAST S.r.l. in qualità di incaricati del trattamento nonché dal personale medico e paramedico espressamente incaricato.

#### 2- Ambito di comunicazione dei dati:

- i dati di cui ai punti A), B), C) potranno essere comunicati alle strutture pubbliche (ASL per territorio e Regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore;
- Una copia del certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica e non, verrà consegnato ai fini di legge alla Sua società sportiva. L'eventuale inidoneità/sospensione all'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.
- I dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima agli enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico o clinico o per pubblicazioni scientifiche; alle società sportive di appartenenza ed alla Federazione o Ente di Promozione sportiva di riferimento limitatamente alla comunicazione di idoneità all'attività agonistica e non, senza diagnosi clinica;
- I dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima agli enti di ricerca scientifica in campo statistico, epidemiologico, biomedico o clinico o per pubblicazioni scientifiche; alle società sportive di appartenenza ed alla federazione o ente di promozione sportiva di riferimento limitatamente alla comunicazione di idoneità all'attività agonistica e non, senza diagnosi clinica;
- I dati che precedono verranno trasmessi in forma rigorosamente anonima alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra indicate;

**3- Ambito di diffusione dei dati:** i dati di cui ai punti A) B) C) non saranno soggetti a diffusione.

**4- Obbligatorietà del conferimento:** il conferimento dei dati di cui alla presente informativa è obbligatorio ai fini del raggiungimento delle finalità sopra indicate. L'eventuale rifiuto, infatti, non consentirà la erogazione della prestazione sanitaria richiesta né il rilascio della certificazione medica necessaria ai sensi della normativa sanitaria di riferimento.

**5- Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti ex art. 7 D. Lgs. 196/2003:** in qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i suoi diritti al riguardo attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata al Titolare del trattamento.

**6- Il Titolare del trattamento:** Società CAST S.r.l. – Via Cavalieri di Vittorio Veneto 3/6 – 17031 ALBENGA (SV)

### CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DELL'ART.23 D. Lgs 196/03

IL/La sottoscritto/a letta l'informativa che precede, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, vale a dire i dati "*i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute...*".

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N° documento \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

**NB: I DATI ANAGRAFICI SOPRA RICHESTI DEVONO ESSERE QUELLI DEL GENITORE CHE FIRMA O DEL TUTORE ESERCITANTE LA PATRIA POTESTA'. SOTTO LA FIRMA, RIPORTARE IL NUMERO DI DOCUMENTO DEL GENITORE CHE FIRMA**