



DOCUMENTO OBBLIGATORIO PER ATLETI NON AGONISTI MINORENNI (N3)

(A) CONSENSO INFORMATO PER TEST DI MASTER (IRI TEST)

Il decreto ministeriale 18.02.1982 prevede per il rilascio dell'idoneità sanitaria alla attività sportiva agonistica un protocollo diagnostico comprendente un test da sforzo IRI TEST preceduto e seguito da un ECG. Si tratta di un esercizio di salita e discesa da un gradino di altezza adeguata alle caratteristiche dell'atleta della durata max 3 minuti.

Questo esame è esente da rischi seri per il paziente.

E' comunque possibile che durante il test del gradino possano presentarsi lievi infortuni o problemi di natura medica : contratture muscolari, strappi muscolari, innalzamento dei valori della pressione arteriosa, aritmie cardiache o, in cardiopatici, problemi coronarici e/o episodi lipotimici (perdita di coscienza).

Tali eventi pur rarissimi sono possibili e se si verificano trovano in questo Centro una pronta assistenza sanitaria.

E' pertanto necessario che il paziente informi dettagliatamente la sua condizione fisica soprattutto la eventuale presenza di fattori di rischio cardiovascolare.

Deve quindi dare il suo consenso alla esecuzione del test (senza il quale non può essere eseguita la visita di idoneità sportiva agonistica)

Tale consenso è necessario anche per gli atleti NON AGONISTICI se richiedono l'esecuzione del test.

(B) DICHIARO LIBERAMENTE AD IN PIENA COSCIENZA:

- di essere stato messo al corrente dal Dr. Monsellato del Centro di Medicina dello Sport di Bareggio sui rischi dell'IRI TEST e di essere stato informato sulle possibilità terapeutiche
- di accettare per tanto ad eseguire la visita come previsto dalla legge 18.02.1982 anche se non Agonistica.

INFORMATIVA PRIVACY PER I PAZIENTI AI SENSI DEL GDPR 679/2016/UE PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

CENTRO MEDICINA DELLO SPORT BAREGGIO SRL (CMS) – VIA G.FALCONE, 17 - 20008 BAREGGIO

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI: DOTT UGO MONSELLATO reperibile presso il Centro – tel 02 90361358

TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI: Oltre ai suoi dati personali il CENTRO potrà trattare, previo rilascio di un Suo specifico consenso scritto, dati definiti sensibili che potranno essere forniti direttamente da Lei o acquisiti attraverso documentazione sanitaria nel corso di accertamenti o visite per sole finalità di prevenzione diagnosi terapia o accertamento di idoneità. Potranno inoltre essere trattati dati sanitari riguardanti familiari della persona assistita solo se strettamente indispensabili a giudizio del professionista sanitario responsabile delle cure della persona

FINALITA' DEL TRATTAMENTO : I dati oggetto del trattamento, ed in particolare quelli che la legge definisce di natura sensibile, verranno utilizzati esclusivamente per finalità istituzionali connesse all'attività del CMS nei limiti stabiliti dalla legge e precisamente per finalità:

- Di prevenzione diagnosi e cura e comunque al fine primario di tutelare la salute della persona assistita
- Di tipo amministrativo , contabile e fiscale, ad esempio prenotazioni prestazioni ambulatoriali, ritiro referti
- Certificatorie relative allo stato di salute.

NATURA DEL TRATTAMENTO : Con riferimento alle suddette finalità il conferimento dei suoi dati personali è necessario per il conseguimento delle finalità sopra richiamate; pertanto l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrà pregiudicare da parte del Centro l'erogazione delle prestazioni richieste per la Tutela della Salute della persona assistita. Il mancato consenso al trattamento dei dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione sanitaria compreso le prestazioni finalizzate alla valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.82, 28.02.1983 e successivi;

MODALITA' DEL TRATTAMENTO: Le finalità sopra indicate prevedono la raccolta, registrazione, conservazione e modificazione dei dati personali mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e in modo da garantire la sicurezza, la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati.

I DATI VERRANNO COMUNICATI:

- Tramite l'emissione del Certificato Medico, come previsto dalla normativa attuale, alla Società Sportiva e/o all'Ente richiedente ;
- Alla Autorità Sanitaria competente per territorio (ATS), come da obblighi Deliberati dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, nel rispetto delle leggi nazionali e regionali
- All'Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza nei casi previsti espressamente dalla legge.

PERIODO DI CONSERVAZIONE: Il CMS dichiara che i dati personali dell'interessato al trattamento saranno conservati per il periodo previsto nel rispetto delle direttive delle autorità sanitarie secondo la legislazione vigente.

ESERCIZIO DEI DIRITTI: ai sensi degli articoli 13, 15, 16, 17, 18, 21 del DGPR 2016/679 la informiamo che :

- Ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali la rettifica , l'integrazione, la cancellazione degli stessi la limitazione del trattamento dei dati che La riguardano se ciò non contrasta con obblighi legislativi del Titolare. Ciò potrà essere fatto contattando il RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI: DOTT UGO MONSELLATO reperibile presso il Centro – tel 02 90361358. -

- Ha il diritto di proporre un reclamo al garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito dell'Autorità (www.garanteprivacy.it)

CONSEGNA REFERTI: I referti delle prestazioni medico/sanitarie erogate o esibite possono essere consegnati solo all'interessato o a persone autorizzate tramite delega scritta .

CONSEGNA CERTIFICATI : I certificati di idoneità saranno rilasciati alla Società Sportiva che ne ha fatto richiesta e/o all'interessato o a persona autorizzata tramite delega scritta .

(C) Gentilissimi genitori,

E' importante che questo modulo sia letto e compilato con estrema attenzione. LA DICHIARAZIONI NON VERITIERE SOLLEVANO IL CENTRO DALLE RESPONSABILITA' CHE NE CONSEGUONO. Il personale del Centro è tenuto a mantenere il più rigoroso segreto professionale.

Vi ringraziamo per la fiducia accordataci e Vi ricordiamo che siamo a disposizione per chiarimenti.

ATLETA _____ Nato il _____

Società Sportiva _____

STORIA SANITARIA (ANAMNESI)

ANAMNESI FAMILIARE (malattie importanti contratte da fratelli, sorelle, genitori, nonni dell'atleta)

ANAMNESI FISIOLÓGICA E PATOLOGICA (elencare i problemi di salute dell'atleta dalla nascita ad oggi specificando sia le **malattie**, gli **interventi chirurgici** e gli **infortuni** ed anche gli **accertamenti** effettuati per sospetti di malattia)

(D) ANAMNESI COVID:

- Dichiaro che l'atleta non ha avuto infezione da Covid-19 negli ultimi 12 mesi
- Dichiaro che nel mio nucleo familiare non ci sono stati casi di infezioni da Covid 19 negli ultimi 12 mesi
- Dichiaro che l'atleta non ha avuto nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea > di 37,5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, perdita del gusto e dell'olfatto.

(E)

Io sottoscritto dichiaro di aver preso conoscenza di quanto indicato nei punti A-B-C-D, di aver informato il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti di mio figlio. Dichiaro altresì di autorizzare la visita ANCHE IN MIA ASSENZA.

In fede:

Cognome e Nome dell'atleta _____

Data _____ Firma leggibile del genitore : _____