

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Direttore: Dr. Pietro Maimone

**S.S.D. Medicina Sportiva**

Responsabile Dr. Gianluca Toselli

Via Vida, 10 12051 - ALBA (CN)

☎0173.316324 E-mail: [medsport.alba@aslcn2.it](mailto:medsport.alba@aslcn2.it)

Sede di Bra: Ospedale Santo Spirito – II piano parte storica – Via Vittorio Emanuele n. 3, 12042 Bra

☎0172 420.932 E-mail: [medsport.bra@aslcn2.it](mailto:medsport.bra@aslcn2.it)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER VISITA DI IDONEITA' ALLO SPORT **AGONISTICO**  
**PER ATLETI MINORENNI**

ATLETA: .....  
Cognome e Nome

- Tra i suoi familiari (genitori, nonni, zii, fratelli) si sono verificate le seguenti patologie:
- Casi di morte improvvisa in età giovanile (prima dei 40 anni di età) NO SI Chi? .....
  - Iperensione arteriosa NO SI Chi? .....
  - Infarto cardiaco NO SI Chi? .....
  - Ictus NO SI Chi? .....
  - Diabete NO SI Chi? .....
  - Ipercolesterolemia familiare NO SI Chi? .....
  - Asma o malattie allergiche NO SI Chi? .....
  - Altre malattie ereditarie (Talassemia, favismo, malattie della tiroide) NO SI Chi e quali? .....
- .....
- Ha avuto finora malattie importanti ? NO SI (indicare quali) .....
- .....
- Interventi chirurgici/ ricoveri ospedalieri? NO SI (indicare quali) .....
- .....
- Fratture, infortuni gravi o problemi ortopedici? NO SI (indicare quali) .....
- .....
- Ha mai avuto malori, svenimenti, dolore al torace, mancanza di fiato a riposo e/o durante attività fisica?  
NO SI (specificare) .....
- Sta assumendo medicine? NO SI (quali e per quale motivo?) .....
- Soffre di allergie (pollini, acari, farmaci, alimenti etc.)? NO SI (quali?) .....
- .....
- E' fumatore? NO SI  Assume alcolici? NO SI  Fa uso di sostanze stupefacenti? NO SI
- E' seguito dal medico per qualche problema? NO SI (per quale motivo?) .....
- .....
- E' stato giudicato NON idoneo in precedenti visite sportive? NO SI (se si per quale motivo?)
- .....

### **INFORMATIVA SULLA VISITA MEDICO - SPORTIVA**

La visita medico-sportiva è un obbligo di legge come previsto dal D.M. 18/2/1982 ed al quale si devono sottoporre tutti gli atleti che intendano ottenere la certificazione di idoneità agonistica per l'attività sportiva prescelta. La visita medico – sportiva prevede l'esecuzione di alcuni esami non invasivi tra i quali il test da sforzo (mediante step test, cicloergometro o nastro trasportatore) con registrazione dell'elettrocardiogramma. Tale test ha lo scopo di sottoporre i principali apparati (cardiocircolatorio, respiratorio e muscolare) ad uno sforzo non massimale, ma simile a quello a cui viene sottoposto l'organismo durante la pratica sportiva. Il test viene utilizzato per evidenziare eventuali alterazioni (elettrocardiografiche, pressorie) della risposta all'esercizio fisico e meritevoli di ulteriori accertamenti a tutela della salute dell'atleta stesso.

Il test viene eseguito sotto controllo medico per ridurre al minimo i possibili rischi connessi ed interrotto in presenza di alterazioni strumentali e/o disturbi soggettivi.

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto .....

Nato a ..... in data ...../...../.....

in qualità di \_\_\_\_\_ (padre/madre/tutore/amministratore di sostegno) dell'atleta minore .....

nato il ...../...../.....

dichiaro:

- **di avere esattamente informato** il medico circa le attuali condizioni di salute e le precedenti malattie del/la figlio/a e che lo stesso non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive;
- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
  - sul tipo di accertamento sanitario previsto
  - sui benefici e i rischi ad esso associati
  - sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta

pertanto dichiaro di

ACCETTARE /  NON ACCETTARE liberamente affinché il/la figlio/a sia sottoposto/a agli accertamenti sanitari previsti per gli atleti agonisti secondo il D.M. 18/02/1982 e successive integrazioni;

Eventuali note aggiuntive:

.....  
.....

Data, ..... Firma del soggetto esercente la potestà genitoriale .....

Timbro e firma del Medico .....

**INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI DELL'ATLETA MINORENNE**  
*Ai sensi dell'art. 2 sexies del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Regolamento UE 2016/679*

**1. Titolare del trattamento e Responsabile per la protezione dei dati**

Il Titolare del trattamento è l'ASL CN2 Alba-Bra, con sede in Via Vida, 10 – 12051 Alba – CN (PEC: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it), centralino +39 0172. 140.1111). Il Responsabile per la protezione dei dati (RDP/DPO) può essere contattato inviando un'e-mail a [dpo@aslcn2.it](mailto:dpo@aslcn2.it).

**2. Categorie di interessati e oggetto del trattamento**

Il Titolare tratterà i dati personali dell'atleta minorenni (cd. interessato) quali: dati identificativi e dati relativi allo stato di salute.

**3. Finalità e base giuridica del trattamento**

Il Titolare tratterà i dati personali dell'atleta minorenni unicamente per le seguenti finalità:

- attività di esecuzione delle visite mediche richieste, di refertazione, di consegna del referto, di assistenza e cura (art. 6, par. 1, lett. e) e art. 9, par. 2, lett. h), GDPR);
- implementazione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR e art. 9, par. 2, lett. a) GDPR).

**4. Modalità di trattamento e tempi di conservazione**

I dati personali degli interessati verranno trattati dal Titolare ai sensi dell'art. 5 del GDPR e nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. I dati personali degli interessati saranno conservati per il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra e comunque non oltre il periodo di tempo prescritto dalle vigenti normative in materia di conservazione dei dati personali nel settore sanitario. I tempi di conservazione dei dati personali, con riferimento ad ogni trattamento effettuato sugli stessi, potranno essere richiesti scrivendo a: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it). In ogni caso, viene assicurata l'adozione di ogni misura tecnica e organizzativa adeguata a garantire la sicurezza dei dati personali ai sensi del GDPR.

**5. Destinatari dei dati**

Posto che, per legge, non è consentita la diffusione di dati relativi allo stato di salute, i dati personali degli interessati potranno essere comunicati a soggetti pubblici, per l'adempimento di obblighi di legge o per soddisfare richieste dell'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza.

I dati personali degli interessati potranno altresì essere resi accessibili a soggetti interni o terze parti che forniscono servizi necessari all'espletamento delle finalità di cui sopra, che saranno autorizzati al trattamento dal Titolare o espressamente designati Responsabili del trattamento. L'elenco completo dei Responsabili del trattamento può essere richiesto scrivendo a: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it).

**6. Diritti degli interessati**

In relazione alle finalità di trattamento e in qualità di interessato, Lei potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR scrivendo a [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it). È inoltre possibile proporre reclamo all'Autorità Garante ai sensi dell'art. 77 GDPR. In ogni caso per qualsiasi questione relativa al trattamento dei dati personali è sempre possibile contattare il RDP/DPO all'indirizzo [dpo@aslcn2.it](mailto:dpo@aslcn2.it).

***Informativa privacy ex art. 13 GDPR dei soggetti che esercitano la potestà genitoriale***

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 Art. 13 – c.d. GDPR, la informiamo che il Titolare del trattamento è l'ASL CN2 Alba-Bra, con sede in Via Vida, 10 – 12051 Alba – CN (PEC: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it), centralino + 39 0172-1401111).

Il Responsabile per la protezione dei dati (RDP/DPO) può essere contattato inviando un'e-mail a [dpo@aslcn2.it](mailto:dpo@aslcn2.it).

Il trattamento dei dati personali dei soggetti esercenti la potestà genitoriale e richiesti nel presente modulo si basa sull'art. 6, par. 1, lett. e) GDPR, in quanto il trattamento è connesso all'esercizio di un compito di interesse pubblico di cui è investito il titolare del trattamento.

I dati personali degli interessati verranno trattati dal Titolare ai sensi dell'art. 5 del GDPR e nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

In qualità di interessati, i soggetti indicati nel presente modulo, potranno esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss.



S.S.D. MEDICINA SPORTIVA  
**INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO**  
**VISITA MEDICO SPORTIVA**

Codice: MODMedSp02  
Data: 29 maggio 2024  
Revisione: 2  
Pagina 4 di 4

GDPR scrivendo a [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it).