

Atletica Castelfidardo "Roberto Criminesi"
Settore Sanitario

Scheda informativa (da compilare e consegnare al settore sanitario)

Cognome Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Tel _____ Cellulare _____ @mail _____

Indirizzo _____ Città _____ CAP _____

Attuale occupazione _____

* Peso Kg _____ Altezza m _____ Mis vita _____ Mis anche _____ Mis polso dx _____

* P/A _____ FC _____ FR _____ specialità _____ Allenatore _____

gruppo sanguigno _____ Scadenza idoneità agonistica _____

Fumo Si No se si, più di 10 meno di 10 Alcool Si No ai pasti

Intolleranze alimentari _____

Intolleranze farmacologiche _____

**Intolleranze ambientali _____

Episodi asmatici Si No sei vaccinato per il tetano Si scadenza _____ No

Sei disponibile a sottoporerti ad eventuale vaccinazione antinfluenzale Si No

Hai necessità di fasciarti abitualmente le caviglie -----Si No

Fai abitualmente uso durante l'attività agonistica di Sali minerali----- Si No

Ricordi le malattie esantematiche
avute _____

Problemi cardiovascolari Si No Problemi app. respiratorio Si No

Problemi app digerente Si No Problemi app endocrino Si No

Problemi app urologico Si No Problemi app del SNC Si No

Problemi app visivo Si No Problemi app uditivo Si No

Atletica Castelfidardo "Roberto Criminesi"
Settore Sanitario

Ricordi distorsioni, lussazioni, fratture, strappi muscolari ed interventi chirurgici subiti anche qualche anno fa

NOTE

n.b. In base alle risposte ottenute si decideranno gli incontri con il nostro Medico Sociale.

Alle domande contrassegnate con * non occorre risposta

**Per intolleranze ambientali si intendono polveri acari ed allergeni volatili in genere

E' importante comunicare al sottoscritto o al Medico Sociale, l'uso dei farmaci anche i più comuni
In quanto potrebbero essere DOPANTI:

Le informazioni ottenute verranno utilizzate solo allo scopo di prevenire malattie ed infortuni e saranno tutelate come previsto dalle leggi attuali sulla privacy.

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: prevenzione e cura malattie ed infortuni sportivi.

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale

3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza

4. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione o i dati potranno essere / saranno comunicati all'interessato

5. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità all'attività sportiva.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, l'interessato: - presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Do il consenso Nego il consenso

Luogo Data

Nome Cognome

Firma leggibile(del genitore se minorenne)