



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**S.O.S. Medicina dello Sport**

Direttore Dipartimento: Dott. Attilio CLERICO

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

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

N.B. da consegnare al medico, compilato e firmato da uno dei genitori, al momento della visita.

ATLETA: \_\_\_\_\_

cognome e nome

· Quali malattie ha avuto finora? \_\_\_\_\_

· Interventi chirurgici/ ricoveri ospedalieri? \_\_\_\_\_

· Fratture, infortuni gravi o problemi ortopedici?  no  si quali e quanto tempo fa? \_\_\_\_\_

· Ha mai avuto svenimenti?  no  si quando? \_\_\_\_\_ convulsioni?  no  si \_\_\_\_\_

· Tra i suoi familiari (genitori, nonni, zii, fratelli) si sono verificate le seguenti patologie (se si specificare):

-casi di morte improvvisa in età giovanile (prima dei 40 anni di età)  no  si

-malattie cardiovascolari (es. infarto, ipertensione arteriosa, ictus)?  no  si

-altre malattie su base familiare/ereditarie (es. favismo, talassemia, malattie della tiroide)  no  si

· Sta assumendo medicine?  no  si se si quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_

· Soffre di allergie?  no  si se 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 se si per quale motivo? \_\_\_\_\_

**Dichiarazione:** io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di padre/  
madre dell'atleta minore sopraindicato, consensualmente all'altro genitore, dichiaro di avere **esattamente** infor-  
mato 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:

In fede

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**S.O.S. MEDICINA DELLO SPORT**

Direttore Dipartimento: Attilio CLERICO

Tel. 0173 - 316324 Fax 0173 - 316480

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

**Informativa ex rt. D.lgs 196/2003  
"Codice in materia di protezione dei dati personali"**

Gentile Signore/a, desideriamo informarla che il D.lgs n.196 del 30 giugno 2003 prevede la tutela della persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili. 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'art. 13 del D.lgs n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni. I dati da Lei forniti verranno trattati per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, rilascio di certificazioni e, in alcuni casi, in forma anonima, a scopo didattico, statistico-epidemiologico o di ricerca. Il trattamento sarà effettuato con modalità manuali ed informatizzate. Il conferimento dei dati è obbligatorio per erogare la prestazione richiesta e l'eventuale suo rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale realizzazione della prestazione. I dati potranno essere comunicati a: medico di famiglia, altri medici specialisti per consulenze, fornire dei farmaci prescritti se previsto da disposizioni di legge: Asl competente per territorio, Assessorato alla sanità della Regione Piemonte, Autorità Giudiziaria, Questura, Ispettorato del Lavoro, INPS, Ministero della Sanità, INAIL, Comune, Motorizzazione Civile, Associazioni Invalidi ANMIC e UIC, ENS, INPS, Ministero del Tesoro. Il trattamento riguarderà anche i dati rientranti fra i dati "**personali sensibili**", vale a dire "**dati idonei a rivelare lo stato di salute**". Il trattamento sarà effettuato su tali dati sensibili nei limiti indicati dalla normativa vigente e con le modalità su esposte. I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione.

**Consenso per il trattamento di dati personali e sensibili**

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato genitore/tutore di \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art 13 del D.lgs n.196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche i dati personali "sensibili" di cui all'art.4 comma1 lett.d, nonché art. 26del D.lgs 196/2003, vale a dire "**dati personali idonei a rivelare lo stato di salute**",

presta il suo consenso

- al trattamento dei dati personali necessari allo svolgimento delle prestazioni richieste e alla comunicazione dei dati, se previsto, ai soggetti indicati nell'informativa.

Dichiara inoltre

- di consentire gli accertamenti sanitari previsti per gli atleti dilettanti agonisti secondo quanto previsto dal D.M. 18/2/1982 e successive integrazioni;
- di essere stato pienamente informato delle finalità dei suddetti accertamenti e degli eventuali rischi connessi.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte