

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Direttore: Dr. Pietro Maimone

**S.S.D. Medicina dello Sport**

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.

### **INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

*Ai sensi dell'art. 2 sexies del D. Lgs. 196/2003  
e ss.mm.ii. e art. 9 del Regolamento UE 2016/679*

L'Azienda Sanitaria CN2, La informa che i dati personali che Le vengono richiesti, sono indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie richieste e sono utilizzati dal personale dell'Azienda Sanitaria CN2, nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e secondo i principi della vigente normativa europea e nazionale in materia di protezione dei dati personali, in particolare alla luce della disciplina dettata dal Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (nel prosieguo, per brevità, "Regolamento" o "GDPR").

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria CN2.

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati (RPD) contattabile via mail al seguente indirizzo: [dpo@aslcn2.it](mailto:dpo@aslcn2.it).

La base giuridica dei trattamenti è rappresentata dalla necessità di attività amministrative e certificatorie, correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria (certificati di idoneità alla pratica sportiva, agonistica e motoria).

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN2, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN2 è presentata contattando l'Ufficio relazioni con il Pubblico (U.R.P.) con sede a Verduno (CN), Via Tanaro 7 Telefono: 0172 1408043 – 0172 1408046 Email: [urp@aslcn2.it](mailto:urp@aslcn2.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto .....

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

in qualità di padre/madre 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 genitore .....

Timbro e firma del Medico .....