

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO**  
**(D.M. Sanità 18/02/1982 – L.R. 12/06/1987 n. 33)**

La Società sportiva A.S.D. POLISPORTIVA SPORTINCONTRO con sede a TORINO in  
Via / corso CASTELGOMBERTO 125/15 Telefono 3662576738 codice fiscale / partita IVA 97502480011 affiliata  
a FISG  Federazione Sportiva Nazionale: SPORT DEL GHIACCIO  Ente di promozione sportiva : LEGA SPORT DEL GHIACCIO  
UISP

**CHIEDE**

che n.°     atleti, specificati nel seguente elenco, siano sottoposti a visita medico-sportiva per l'accertamento dell'idoneità alla pratica agonistica del  
seguente sport : PATTINAGGIO ARTISTICO SUL GHIACCIO

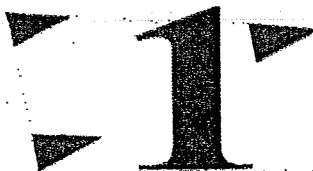
La Società sportiva attesta che tali atleti sono qualificati agonisti secondo le determinazioni della rispettiva Federazione sportiva nazionale/Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. ai sensi della circolare n.° 7 del Ministero della Sanità 31/03/1982 e delle successive disposizioni di legge e che i dati anagrafici e le ulteriori notizie riportate nell'elenco allegato rispondono a verità.

n.	Cognome e nome	Data di nascita	Residenza: città e indirizzo	Telefono	scadenza certificato
1.		/ /			/ /
2.		/ /			/ /
3.		/ /			/ /
4.		/ /			/ /
5.		/ /			/ /
6.		/ /			/ /
7.		/ /			/ /
8.		/ /			/ /
9.		/ /			/ /
10.		/ /			/ /

Firma del Presidente e Timbro della Società sportiva

Data     /     /       

Indicare nominativo e telefono dell'incaricato dalla Società sportiva per gli aspetti organizzativi della visita: \_\_\_\_\_



**A.S.L. TO1**

Azienda Sanitaria Locale  
Torino

SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29  
10128 TORINO - Tel. + 39 011 5661566  
info@asito1.it - www.asito1.it  
C.F. P.I. 09737640012

DIPARTIMENTO INTEGRATO DELLA PREVENZIONE  
**S.S. MEDICINA DELLO SPORT**

Via Farinelli 25 (presso Presidio Valletta) - 10135 Torino  
tel.: 011-5664099 fax: 011-5664004

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

**N.B. : da consegnare al medico, compilato e firmato, al momento della visita**

ATLETA : \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

Gent.mo Sig./ra, La preghiamo fornirci le seguenti informazioni circa la salute di Suo/a figlio/a:

- ◆ Quali malattie ha avuto finora? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ◆ Interventi chirurgici / ricoveri ospedalieri? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ◆ Fratture o infortuni gravi? \_\_\_\_\_
- ◆ Ha mai avuto svenimenti?  no  sì \_\_\_\_\_ convulsioni?  no  sì \_\_\_\_\_
- ◆ Tra i Suoi familiari (genitori, fratelli, nonni, zii) si sono verificate le seguenti patologie (se si specificare):
  - casi di morte improvvisa in età giovanile (prima dei 40 anni di età)?  no  sì
  - malattie cardio-vascolari (esempio: infarto, ipertensione arteriosa, ictus)  no  sì
  - malattie metaboliche (esempio: diabete, ipercolesterolemia)  no  sì
  - altre malattie su base familiare/ereditaria (favismo, talassemia, malattie della tiroide etc.)  no  sì
- ◆ Sta assumendo medicine?  no  sì se sì, quali e per quale motivo \_\_\_\_\_
- ◆ E' fumatore?  no  sì Assume alcolici?  no  sì Fa uso di sostanze stupefacenti?  no  sì
- ◆ E' seguito dal medico per qualche problema?  no  sì se sì, per quale motivo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dichiarazione** : io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di padre/madre dell'atleta minore sopraindicato, consensualmente all'altro genitore, 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.

In fede

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

Firma: \_\_\_\_\_



**A.S.L. TO1**

Azienda Sanitaria Locale  
Torino

SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29  
10128 TORINO - Tel. + 39 011 5661566  
info@asito1.it - www.asito1.it  
C.F. P.I. 09737640012

DIPARTIMENTO INTEGRATO DELLA PREVENZIONE  
**S.S. MEDICINA DELLO SPORT**  
Via Farinelli 25 (presso Presidio Valletta) - 10135 Torino

### Informativa ex art. 13 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 delle 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'articolo 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, fornitore 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 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.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'ASL TO1 dott. Giacomo Manuguerra  
Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della s.s. Medicina dello Sport dott. Giuseppe Parodi

### 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 comma 1 lett. d), nonché art.26 del 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 nella 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.

Torino, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_