

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA  
SANT'AGOSTINO  
Direttore Dott. Graziano Galbarini  
PIAZZA VIDA, 9 - 26100 CREMONA - TEL 0372.24588 FAX 0372.410793  
[www.santagostinocremona.it](http://www.santagostinocremona.it) – e-mail: [info@santagostinocremona.it](mailto:info@santagostinocremona.it)

FOGLIO DI RACCORDO ANAMNESTICO

IL PRESENTE QUESTIONARIO DEVE ESSERE COMPILATO A CURA DEL GENITORE,  
O DI CHI NE FA LE VECI, PER I RAGAZZI MINORENNI

Cognome/Nome (dell'utente) ..... Nato il .....  
Residente a ..... Via ..... Tel .....

VARIAZIONI INTERCORSE DALLA VISITA MEDICO SPORTIVA PRECEDENTE  
C/O IL NOSTRO CENTRO

- INFORTUNI .....
  - MALATTIE .....
  - INTERVENTI CHIRURGICI .....
  - TERAPIE IN ATTO (con particolare riguardo alle sindromi asmatiche/allergiche) .....
- .....

VARIAZIONI A LIVELLO DEL NUCLEO FAMILIARE

MALATTIE (diabete, ipertensione arteriosa, cardiopatie, morte improvvisa) .....

.....

Vi ringraziamo per la preziosa collaborazione e Vi preghiamo di allegare in visione eventuali referti medici in Vs. possesso che Vi saranno puntualmente restituiti.

**Dichiarazione**

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro**. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo, di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

Data: .....

Firma del genitore o di chi ne fa le veci  
(o dell'atleta se maggiorenne)

.....

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART. 13 DEL D. LGS. 196/03 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono ai sensi della presente informativa:
  - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
  - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui al Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
  - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981
3. I dati verranno riportati su "Schede 'di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 31 e seguenti del D.L.gs 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
  - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
  - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
  - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normativa sopra citate.
5. Richiamiamo Integralmente ai sensi dell'art. 7 del D.L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di Legge è il Centro di Medicina dello Sport SANT'AGOSTINO S.N.C. in persona del Legale rappresentante e che il Responsabile del trattamento è il Dr. ALFREDO MARTINI Responsabile del Centro.
7. Nel caso In cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere Il certificato di cui al decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale d'Appello prendere In esame il caso- per carenza di documentazione.

### Consenso ai sensi dell'art. 23 D.L.gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di Legge.

In particolare manifesto Il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore \_\_\_\_\_