

**NORME PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO SPORTIVA  
AGONISTICA**

Portare:

- modulo di **RICHIESTA DI VISITA** medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica debitamente compilato, timbrato e **FIRMATO IN ORIGINALE dal Presidente della Società**
- **ORIGINALE CERTIFICATO PRECEDENTE** (giallo) in caso di rinnovo (nel caso non si trovasse, si accetta una copia autenticata dalla Società Sportiva che conserva l'altro certificato originale)
- **TESSERA SANITARIA REGIONE LOMBARDIA/CODICE FISCALE**
- **CARTA DI IDENTITA'**
- un contenitore (PROVETTA) con le **URINE**
- L'ATLETA oppure il GENITORE (se minore) deve presentare i MODULI allegati GIA' COMPILATI E FIRMATI. Redigere eventualmente anche il modulo DELEGA se il genitore è impossibilitato ad accompagnare l'atleta con una fotocopia del proprio documento di identità.
- **in caso di pregresse patologie, DOCUMENTAZIONE MEDICA ED ESAMI DI LABORATORIO SE EFFETTUATI (soprattutto se CARDIOLOGICA).**

Rimaniamo a disposizione per eventuali chiarimenti.

Cordiali Saluti

STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DOTT. GIANLUIGI VACCARINO

---

SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENZA \_\_\_\_\_

**DATI PAZIENTE**

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

MEDICO DI BASE \_\_\_\_\_

**COME HA CONOSCIUTO KINESIS**

- GOOGLE
- FACEBOOK
- CONOSCENTE
- ALTRO NOSTRO PAZIENTE
- DOTTORE Chi? \_\_\_\_\_
- SITO FONDO ASSICURATIVO Quale? \_\_\_\_\_
- ALTRO Specificare \_\_\_\_\_

STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DOTT. GIANLUIGI VACCARINO

Questo questionario è utile al medico che visita per ricevere notizie precise in merito alla salute dell'interessato ed ha inoltre valore legale. Deve perciò essere compilato con cura e firmato dai genitori o dal tutore legale se l'atleta è minorenni, dall'atleta stesso se maggiorenne.

In caso di mancata compilazione e firma di codesto questionario non sarà possibile rilasciare il certificato di idoneità alla pratica agonistica.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

ETA' \_\_\_\_\_

**Anamnesi Familiare**

I genitori sono entrambi viventi? SI NO

Se NO indicare la causa di morte e l'età del decesso \_\_\_\_\_

In famiglia (genitori, fratelli, cugini, zii, nonni) ci sono stati casi di:

ICTUS SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

IPERTENSIONE ARTERIOSA SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

INFARTO SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

MALFORMAZIONI CARDIACHE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

ARITMIE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

DIABETE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

MORTE IMPROVVISA SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

**Anamnesi Fisiologica**

L'atleta è nato con parto naturale o cesareo? \_\_\_\_\_

L'atleta ha avuto uno sviluppo psico-fisico normale SI NO

se NO indicare i problemi riscontrati \_\_\_\_\_

L'atleta fuma? SI NO

se SI quante sigarette al giorno \_\_\_\_\_

L'atleta consuma abitualmente alcolici o superalcolici? SI NO

Se SI con quale frequenza \_\_\_\_\_

Se l'atleta è di sesso femminile

Menarca (età prima mestruazione) \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Presso **STUDIO MEDICO KINESIS**  
Via Gramsci 37  
21010 Cardano al Campo (VA)  
Tel. 0331/261225  
P.IVA 03328170836

STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DOTT. GIANLUIGI VACCARINO

L'atleta assume la pillola anticoncezionale? SI NO

**Anamnesi Patologica**

L'atleta soffre o ha sofferto di:

MALATTIE CARDIACHE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE RESPIRATORIE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE RENALI SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE NEUROLOGICHE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

MALATTIE ORTOPEDICHE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

ALLERGIE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

ALTRE MALATTIE SI NO SE SI QUALI \_\_\_\_\_

L'atleta è stato sottoposto ad interventi chirurgici? SÌ NO

se SÌ quali \_\_\_\_\_

Ha subito infortuni (fratture, distorsioni, traumi cranici)? SÌ NO

se SÌ quali \_\_\_\_\_

L'atleta assume farmaci? SÌ NO

se SÌ quali \_\_\_\_\_

per quale patologia \_\_\_\_\_

L'atleta ha mai avuto palpitazioni o svenimenti improvvisi? SÌ NO

E durante l'attività sportiva? SÌ NO

L'atleta ha dovuto sospendere l'attività sportiva per motivi di salute SÌ NO

se SÌ per quale motivo \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Presso **STUDIO MEDICO KINESIS**  
Via Gramsci 37  
21010 Cardano al Campo (VA)  
Tel. 0331/261225  
P.IVA 03328170836

**Regolamento (UE) 2016/679  
del Parlamento europeo e del Consiglio  
del 27 aprile 2016**

**INFORMATIVA E CONSENSO**

Gentile Utente,

Tutte le informazioni raccolte e quelle che emergono o potrebbero emergere nel corso delle prestazioni saranno trattate in modo strettamente confidenziale, in conformità alle norme di buona pratica clinica nonché a quelle per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. In particolare, ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, Le chiediamo di tenere conto di quanto segue:

- Finalità e relativa base giuridica (art. 9 Trattamento di categorie particolari di dati personali) e modalità del trattamento.  
I suoi dati personali (generalità, informazioni anagrafiche, dati di salute, clinici e altrimenti sensibili) saranno gestiti e archiviati – in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata – per le esclusive finalità connesse all’espletamento delle attività di valutazione medico sportiva.
- Natura obbligatoria o facoltativa dei dati e conseguenze di eventuale rifiuto a fornire i dati  
Il consenso al trattamento dei suoi dati personali come sopra descritti, risulta indispensabile ai fini dell’espletamento delle attività di valutazione medico sportiva, nonché per i connessi obblighi di legge;  
In caso di rifiuti a fornire i dati lo specialista non potrà svolgere le attività richieste.
- Eventuali destinatari dei dati (specificare se soggetti privati/pubblici)  
- ATS Insubria e Regione Lombardia.
- Diritti dell’Interessato ai sensi dell’artt. 15-22 del Regolamento Europeo 2016/679  
L’interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento:
  1. L’accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
  2. La limitazione e l’opposizione del trattamento nei casi consentiti;
  3. La portabilità dei dati.
- Periodo di conservazione dei dati 5 anni.
- Reclamo a un’Autorità di Controllo (art. 13 p. 2 lettera d)  
L’utente ha diritto di proporre reclamo all’Autorità di Controllo nel caso ritenga che dal trattamento dei suoi dati sia derivata la violazione di un suo diritto o libertà.

• **DATI PERSONALI RICEVUTI DA TERZI**

- Categoria di dati personali (specificare se personali che rivelino l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona / genetici / biometrici / relativi a condanne penali e reati):  
.....
- Fonte da cui hanno origine i dati personali:  
.....
- Informativa (entro 30 giorni)

• Titolare e Responsabili

Il titolare e Responsabile del trattamento dei suoi dati è il Dr. Gianluigi Vaccarino, nella persona, con sede presso lo Studio Medico KINESIS in Via Gramsci 37 a Cardano al Campo (VA)

Recapiti: n. telefono 0331/261225 indirizzo mail g.vaccarino@libero.it

Il Responsabile della Protezione dei suoi dati (DPO) è:

Dott. GIANLUIGI VACCARINO

con sede presso lo Studio Medico KINESIS in Via Gramsci 37 a Cardano al Campo (VA)

Recapiti: n. telefono 0331/261225 indirizzo mail g.vaccarino@libero.it

**CONSENSO DELL’ASSISTITO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo l’ATS dell’Insubria a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell’espletamento delle attività di valutazione medico sportiva, nonché per i connessi obblighi di legge.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, gli eventuali destinatari, per iscritto con la nota informativa di cui sopra, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

In Fede

Varese, il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

**STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DOTT. GIANLUIGI VACCARINO**

---

Io sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**DELEGO**

il Sig.re/ la Sig.ra

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

ad accompagnare mio figlio/mia figlia alla visita medico sportiva che si terrà presso lo Studio Professionale di Medicina Sportiva sito presso lo Studio Medico Kinesis di Cardano al Campo, in data \_\_\_\_\_ .

Allego alla seguente delega fotocopia di un mio documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_