

NORME PER L'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

Portare:

1) modulo di RICHIESTA DI VISITA medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica debitamente compilato, **timbrato e FIRMATO IN ORIGINALE dal Presidente della Società.**

Verificare che sul modulo sia indicata l'attività sportiva per la quale si esegue la visita.

Si suggerisce di verificare che il modulo di visita, sia l'ultimo modulo in vigore. Clicca qui -> <https://www.fisiokinesis.net/wp-content/uploads/2024/04/RICHIESTA-DI-VISITA-MEDICO-SPORTIVA-PER-IDONEITA-ALLA-PRACTICA-AGONISTICA.pdf>. Diversamente si prega di stamparlo e farlo compilare alla propria Società Sportiva, al fine di ottenere il certificato.

*In caso di non appartenenza ad una Società Sportiva, la visita potrà essere comunque eseguita con protocollo agonistico e verrà rilasciato il **Certificato di idoneità alla pratica sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare** (DM 24/04/2013 art. 4).*

Il presente certificato non riporta alcuna attività sportiva, si suggerisce di verificare con Ente Organizzatore Gara o con chi ha richiesto la visita agonistica, se tale certificato viene da loro riconosciuto.

In caso di RUN CARD è possibile scaricare il modulo di richiesta visita agonistica direttamente dal Sito Run Card, al fine di ottenere il certificato agonistico per ATLETICA LEGGERA.

OPPURE

CODICE IDENTIFICATIVO della richiesta di visita ricevuto dalla Società Sportiva che ha scelto di inserire la richiesta sul portale dedicato Hermes messo a disposizione dalla Regione Lombardia per l'anno sportivo 2026/2027 per la gestione digitale della certificazione medico-sportiva agonistica.

2) 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).

3) TESSERA SANITARIA/CODICE FISCALE (tessera magnetica NON fotocopia).

4) CARTA DI IDENTITA' o documento di riconoscimento in corso di validità.

5) un contenitore (PROVETTA) con le prime URINE della mattina raccolte a casa e conservate a temperatura ambiente. (NON IN FRIGO). Si prega di inserire cognome e nome sul contenitore.

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.

6) in caso di pregresse patologie, **DOCUMENTAZIONE MEDICA ED ESAMI DI LABORATORIO SE EFFETTUATI (soprattutto se CARDIOLOGICA).**

7) in caso di **MALATTIA DIABETICA** come da Legge 115 del 16/03/1987 all'articolo 8 si richiede certificazione del medico diabetologo attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico.

8) se qualcuno del nucleo familiare è appartenente ad una Società Sportiva che risulta collaborare con lo Studio, una ATTESTAZIONE DI APPARTENENZA (foglio rilasciato dalla stessa Società da richiedere alla Società, copia tesseramento sottoscritto dalla Società da richiedere alla Società, contabile di pagamento riportante cognome nome tesserato, anno sportivo di riferimento, periodo/durata di iscrizione/abbonamento, nominativo della Società; oppure, se in uso APP della Società, la possibilità di visionare la durata dell'abbonamento durante accettazione) **che attesti di farne parte IL GIORNO DELLA VISITA, al fine di poter usufruire delle tariffe agevolate.**

Si richiede di premunirsi di quanto sopra e presentarsi alla visita con quanto richiesto. La Struttura si riserva la possibilità di non applicare le tariffe agevolate se non facilmente riconoscibile quanto sopra esposto.

TRATTASI DI STUDIO MEDICO PRIVATO, LA VISITA AGONISTICA È A PAGAMENTO ANCHE SE MINORE.

Si prega di recarsi in struttura con un solo accompagnatore e solo, se minore.

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 _____

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

ETA'

NOME

Anamnesi Familiare

I genitori sono entrambi viventi?

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

SI

NO

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

ICTUS

IPERTENSIONE ARTERIOSA

INFARTO

MALFORMAZIONI CARDIACHE

ARITMIE

DIABETE

MORTE IMPROVVISA

SI

NO

se si indicare il grado di parentela

se si indicare il grado di parentela

se si indicare il grado di parentela

se si indicare il grado di parentela

se si indicare il grado di parentela

se si indicare il grado di parentela

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

se NO indicare i problemi riscontrati

L'atleta fuma?

se SI quante sigarette al giorno

L'atleta consuma abitualmente alcolici o superalcolici?

Se SI con quale frequenza

Se l'atleta è di sesso femminile

Menarca (età prima mestruazione)

Data ultima mestruazione

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

Presso STUDIO MEDICO KINESIS

Via Gramsci 37
21010 Cardano al Campo (VA)
Tel. 0331/261225
P.IVA 03328170836

L'atleta assume la pillola anticoncezionale?

SI

NO

Anamnesi Patologica

L'atleta soffre o ha sofferto di:

MALATTIE CARDIACHE

MALATTIE RESPIRATORIE

MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE

MALATTIE RENALI

MALATTIE NEUROLOGICHE

MALATTIE ORTOPEDICHE

ALLERGIE

ALTRE MALATTIE

SI

NO

SE SI QUALI

SI

NO

SE SI QUALI

SI

NO

SE SI QUALI

SI

NO

SE SI QUALI

SI

NO

SE SI QUALI

SI

NO

SE SI QUALI

L'atleta è stato sottoposto ad interventi chirurgici?

se SI quali

SI

NO

Ha subito infortuni (fratture, distorsioni, traumi cranici)?

se SI quali

SI

NO

L'atleta assume farmaci?

se SI quali

per quale patologia

SI

NO

L'atleta ha mai avuto palpitazioni o svenimenti improvvisi?

E durante l'attività sportiva?

SI

NO

L'atleta ha dovuto sospendere l'attività sportiva per motivi di salute

se SI per quale motivo

SI

NO

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.

- Dritti dell'Interessato ai sensi dell'art. 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

lo 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

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679)

Al sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR) recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e in relazione ai dati personali di cui lo studio medico del **Dr. Gianluigi Vaccarino** entrerà nella disponibilità con l'affidamento dell'incarico professionale, Le comunichiamo quanto segue:

1) Definizione di "dato personale" e relativo "trattamento":

Con **"dato personale"** si intende qualsiasi informazione riguardante una persona identificata o identificabile (GDPR Art. 4.1); con **"trattamento"** si intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insieme di dati personali come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione (GDPR Art. 4.2).

2) Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali:

è il Dott. Gianluigi Vaccarino con studio medico avente sede c/o KINESIS DI A&A SRL 21010 Cardano al Campo (Va) Via A. Gramsci, 37 Tel. 0331 261225 e-mail info@fisioikinesis.net (C.F. VCCGL74L02F1580 P.IVA 03328170836 – iscrizione all'Albo dei medici ed Odontoiatri di Milano al n.ro 46758

Il Titolare del trattamento può essere contattato al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: gianluigivaccarino@pec.it e/o di posta elettronica ordinaria g.vaccarino@libero.it e/o al numero di telefono cellulare: 3474096903

Il Titolare del trattamento dei dati non ha nominato un responsabile della protezione dei dati personali non incomprendovi obbligo di legge in tal senso.

3) Finalità del trattamento dei dati:

Il trattamento dei dati personali è finalizzato alla corretta e completa esecuzione dell'incarico professionale ricevuto. I Suoi dati personali saranno trattati anche al fine di:

- adempiere agli obblighi previsti in ambito fiscale e contabile;
- rispettare gli obblighi incombenti sul professionista e previsti dalla normativa vigente.

4) Modalità di trattamento e conservazione:

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati ed in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679. I Suoi dati potranno essere, inoltre, comunicati a soggetti, enti e autorità (es. Agenzia delle Entrate, Sistema Tessera Sanitaria). I Suoi dati potranno essere conosciuti, altresì, da nostri dipendenti e/o collaboratori per l'adempimento di obblighi normativi.

5) Base giuridica del trattamento:

Lo studio medico del **Dr. Gianluigi Vaccarino tratta i Suoi dati personali licitamente**, laddove il trattamento verte a:

a) erogare i servizi richiesti ovvero eseguire la prestazione medica, riscontrare specifiche richieste di informazioni, effettuare, se necessario, prescrizioni farmacologiche, consulenze mediche, fornire chiarimenti, esami specialistici, gestire le attività amministrativo-contabili connesse all'esecuzione dell'incarico professionale;

b) assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;

c) comunicare i Suoi dati Personali al Suo medico curante e/o altri professionisti.

6) Categorie particolari di dati personali:

Al sensi degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire al professionista titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate dal professionista solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

7) Conseguenze della mancata comunicazione dei dati personali:

Con riguardo ai dati personali relativi all'esecuzione dell'incarico professionale di cui Lei è parte (paziente) o relativi all'adempimento ad un obbligo normativo (ad esempio gli adempimenti legati alla tenuta delle scritture contabili e fiscali), la mancata comunicazione dei dati personali preclude l'instaurazione del rapporto medesimo.

8) Conservazione dei dati:

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo di durata del rapporto professionale successivamente, per il tempo in cui il professionista sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge o regolamento (responsabilità professionale).

9) Comunicazione dei dati:

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'espletamento dell'incarico e l'adempimento degli obblighi di legge.

10) Profilazione, Diffusione e Trasferimento dei dati:

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

11) Diritti dell'interessato:

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; la cancellazione dei dati personali che La riguardano (ai verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art. 17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo); la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del GDPR);
- richiedere ed ottenere dal titolare del trattamento - nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia il contratto o il consenso, e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati - i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico, anche al fine di comunicare tali dati ad un altro titolare del trattamento (c.d. diritto alla portabilità dei dati personali);
- opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano;
- revocare il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano la Sua origine razziale, le Sue opinioni politiche, le Sue convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali - www.garanteprivacy.it).

Può **esercitare i Suoi diritti** per il tramite di richiesta scritta da inviarsi all'indirizzo postale del domicilio del professionista titolare del trattamento sito in Via Vittorio Foa, 1 20011 Corbetta (MI) e/o all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata del medesimo: gianluigivaccarino@pec.it e/o in alternativa a quello di posta elettronica ordinaria g.vaccarino@libero.it.

Il numero di telefono cellulare del titolare del trattamento è il seguente: 3474096903

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ in data _____

☐ per proprio conto

☐ in qualità di _____ esercente la patria potestà del minore

Cognome: _____ Nome: _____

dichiara di aver ricevuto completa esautiva e chiara informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 così come dettagliatamente riportata nel sopra esteso foglio.

Acconsento a che il professionista ponga in essere le attività sopra descritte nell'interesse del minore ed:

Desirimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede;

Desirimo il consenso ☐ NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

LUOGO, _____ DATA, _____

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 _____