

**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 minorenne, 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'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

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

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)

Ai 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@fisiokinesis.net (C.F. VCCGLG74L02F1580 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 incumbendovi 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 incombenenti 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 **lecitamente**, 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:

Ai 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 (al 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 esauriva 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:

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