



INFORMATIVA VISITA MEDICA DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA LEA

- Ai fini dell'esenzione dal pagamento della prestazione, gli atleti minorenni e i soggetti diversamente abili devono presentare la richiesta di visita da parte del presidente della società sportiva di appartenenza.
- Gli atleti di età inferiore ai 18 anni dovranno essere accompagnati da un genitore o da persona adulta munita di delega (si veda l'apposito modulo allegato).

IL GIORNO DELL'APPUNTAMENTO:

- L'atleta deve presentarsi presso i locali dell'Istituto di Medicina dello Sport e dell'Attività Motoria di Vittorio Veneto in Via L. De Nadai n. 4, telefono 0438/55.62.05, fax 0438/94.37.01.
- Dotarsi di abbigliamento idoneo (pantaloncini corti, scarpe ginniche, top o canottiera per le atlete).
- Si consiglia una alimentazione leggera, evitare caffè, alcol, tabacco e sforzi fisici particolarmente intensi nelle ore precedenti la visita.
- Per ragioni organizzative si raccomanda di arrivare almeno 15 minuti prima dell'orario dell'appuntamento.

DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

Se impossibilitato a presentarsi all'appuntamento, l'atleta deve dare disdetta almeno 72 ore prima della data fissata, salvo casi di forza maggiore.

In caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto al pagamento dell'intero costo della prestazione, anche se esente. Per i casi di forza maggiore, è necessario produrre adeguata documentazione giustificativa (es.: il certificato medico, ricovero ospedaliero, ecc).

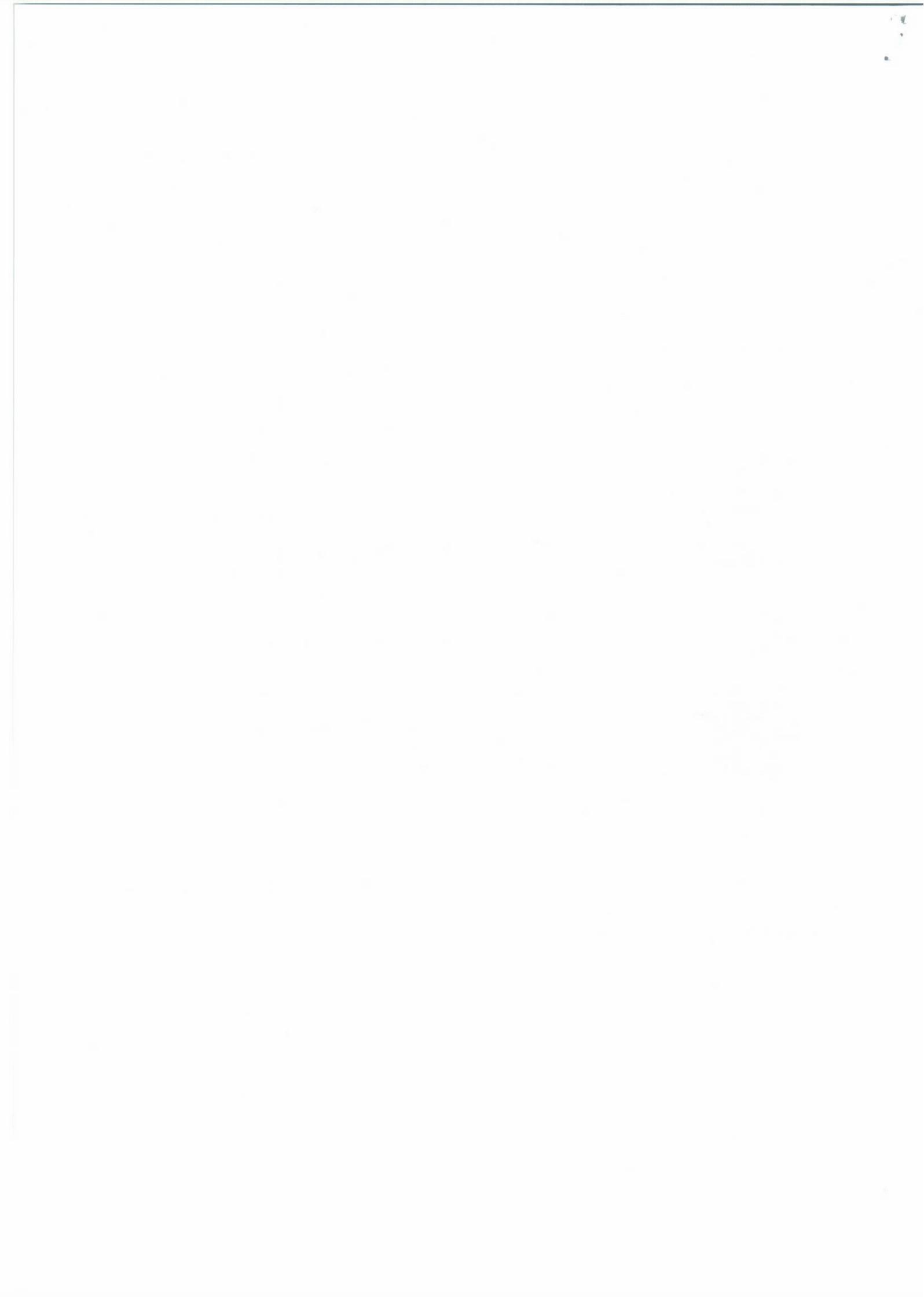
DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA PORTARE:

- richiesta di visita agonistica da parte del Presidente della Società Sportiva di appartenenza,
- tessera sanitaria e codice fiscale,
- documento di riconoscimento in corso di validità,
- scheda anamnesi COMPILATA e FIRMATA da uno dei genitori o da chi ne esercita la patria potestà,
- provetta con l'urina raccolta al mattino e conservata in frigorifero,
- eventuale terapia farmacologica e documentazione sanitaria relativa ad accertamenti precedenti (es. di laboratorio, radiografie, esiti di visite specialistiche, lettere di dimissioni ospedaliere, ecc.).
- modulo consenso all'informativa privacy opportunamente compilato e firmato
- modulo delega compilato e firmato dal genitore, copia del documento in corso di validità dell'accompagnatore e del genitore
- fotocopia del libretto delle vaccinazioni

CONTATTI DELL'ISTITUTO

Lo sportello telefonico della Segreteria risponde dal lunedì al venerdì dalle ore 09.30 alle 10.30 e il martedì e giovedì dalle 17.00 alle 18.00.

Per appuntamenti e disdette verranno prese in considerazione unicamente le mail inviate a:
appuntamenti@istitutodimedicinadellosport.it.





**SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT DELLA ULSS2 MARCA TREVIGIANA - DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO
 SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA**

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a il _____ a _____
 Residente a _____ in Via _____
 Doc. identità _____ Codice Fiscale _____
 Tel. _____ e-mail _____
 Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____
 Società sportiva di appartenenza _____
 Svolge regolarmente altri sport? SI' NO Quali _____
 Si sta allenando regolarmente? SI' NO Per quante ore alla settimana? _____

(BARRARE CIO' CHE INTERESSA)

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)

Cardiomiopatia	SI' NO	Malattia valvole cardiache	SI' NO
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO	Aritmia	SI' NO
Morte improvvisa	SI' NO	Diabete	SI' NO
Dislipidemia	SI' NO	Asma	SI' NO
Ictus	SI' NO	Tumori	SI' NO
Ipertensione	SI' NO	Altro	SI' NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO	Cardiomiopatia	SI' NO
Malformazione congenita	SI' NO	Malformazione valvolare	SI' NO
Miocardite/Pericardite	SI' NO	Aritmia/extrasistoli	SI' NO
Ipertensione arteriosa	SI' NO	Arteriopatia	SI' NO
Insufficienza venosa/varici	SI' NO	Altro	SI' NO

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorzioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto? SI' NO
 Miopia Astigmatismo Ipermetropia Altro _____

Età prima mestruazione _____ Data ultima mestruazione ____/____/____ Il ciclo è regolare? SI' NO

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI' NO	a _____ anni	Adenoidi	SI' NO	a _____ anni
Ernia	SI' NO	a _____ anni	Appendice	SI' NO	a _____ anni



**ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO**

Quali? _____

Quando? _____

per quanto tempo ha sospeso l'attività? _____

ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO

Quali? _____

Per quale motivo? _____

ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:**ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI**ABITUDINI: FUMO ALCOOL**ANAMNESI CARDIOLOGICA**

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI' NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI' NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): accusa o ha accusato mancanza di respiro?	SI' NO
senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace?	SI' NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI' NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI' NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici?	SI' NO
Quali? _____	SI' NO

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986.

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica?

 SI' NO

A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____ è stato

dichiarato **IDONEO** **NON IDONEO** per quali i motivi? _____ **SOSPESO** per quanto tempo _____ per quali motivi? _____

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore/tutore in caso di atleti minori) _____
nato a _____ il _____, dichiara sotto la propria responsabilità che le
notizie fornite nella scheda di valutazione medico-sportiva e nella scheda anamnesi sono complete e
veritiere.

Luogo, data _____

FIRMA _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato informato sulle modalità di esecuzione della visita e sui pericoli derivanti dall'uso
di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Acconsento a sottopormi agli accertamenti
previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva, compreso il test da sforzo
(test ergometrico, test al gradino).

Luogo, data _____

FIRMA _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

IMS SRL - VIA L. DE NADAI, 4 - VITTORIO VENETO (TV) - TEL. 0438/55.62.05 - FAX 0438/94.37.01 E-MAIL: segreteria@centromedicinadelloSPORT.it



ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER MINORENNI

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail: _____

nella qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sul minore

Nome e Cognome _____ Codice Fiscale _____

nato _____ il _____

residente a _____ Via _____

essendo stato informato:

- dell'identità del Titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati
- della misura, modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

Così come indicati nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

DICHIARA

- di consentire**
- di non consentire**

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, nonché della normativa, anche nazionale, in materia di protezione dei dati personali, applicabile *pro tempore*, al trattamento dei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate, secondo le modalità e nei limiti di cui alla stessa.

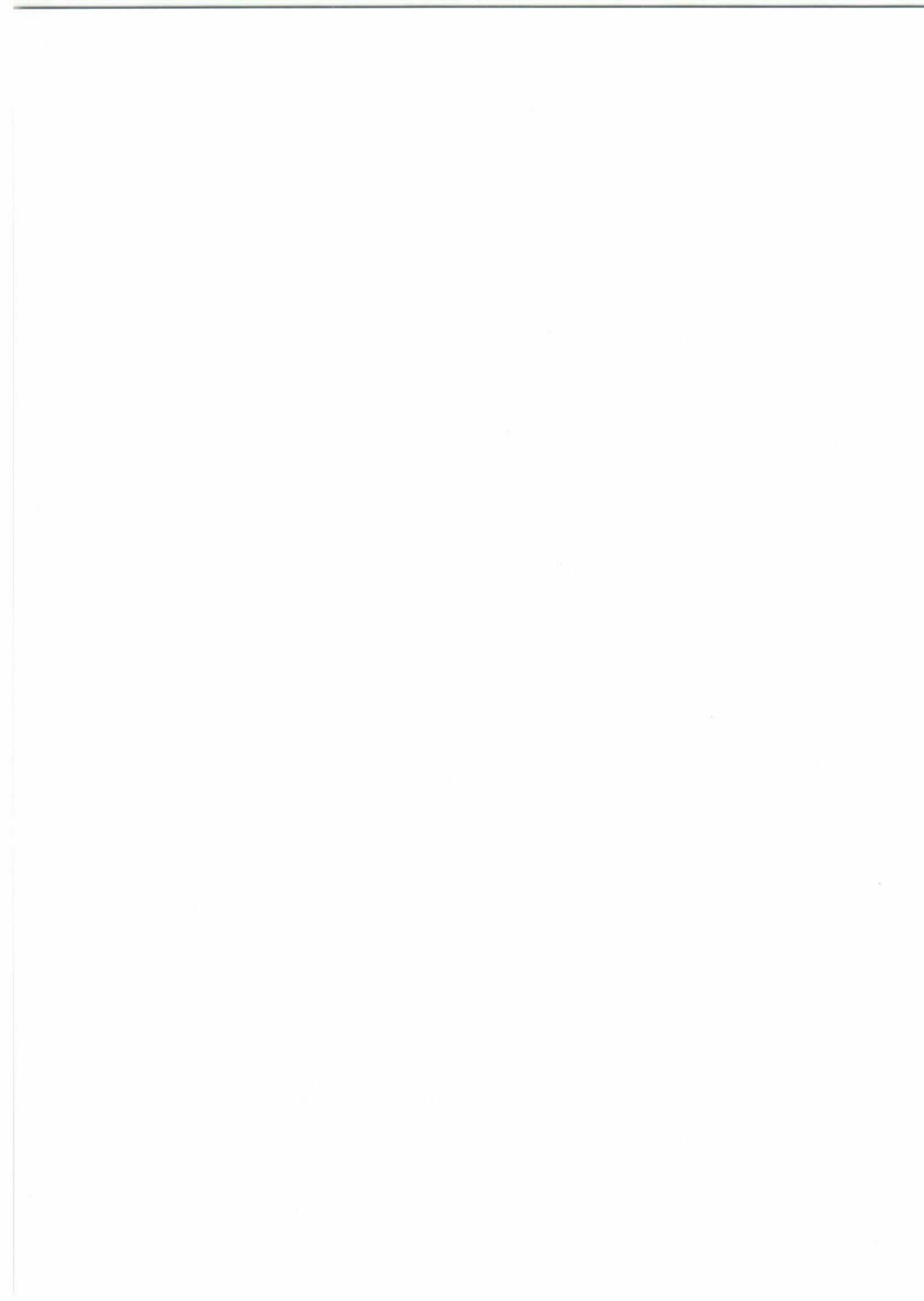
Senza il Suo consenso non sarà possibile fornire, in tutto o in parte, i servizi richiesti.

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA S.R.L., con sede in via L. De Nadai n. 4, Vittorio Veneto (TV). In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati e dei dati del minore.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)



DICHIARAZIONE COVID - ACCOMPAGNATORE LEGALE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

e residente in _____

In qualità di accompagnatore legale del minore

Cognome e Nome

Codice fiscale

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

ATTESTA PER SE STESSO

- di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.⁽¹⁾
Indicare la sintomatologia:
 - asintomatico
 - sintomi lievi quali temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
 - sintomi acuti con trattamento farmacologico ospedaliero e/o a domicilio
- di aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime tre settimane. ⁽²⁾
- di aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, scuola, etc.). ⁽³⁾
- di essere di rientro da paesi a rischio.
- di prestare il consenso alla rilevazione e registrazione della propria temperatura corporea. Temperatura corporea di _____ ° C

INFORMATIVA PRIVACY

IMS SRL, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa per il trattamento dei dati COVID-19 fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede che nel sito internet www.istitutodimedecinadellosport.it.

Luogo e data

Firma

Vittorio Veneto, _____

Note:

1. In caso di positività pregressa presentare referto di negativizzazione.
2. In caso di sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 presentare eventuale referto di negatività o dichiarazione di contatto del proprio medico curante il quale ha fornito indicazioni e terapia da seguire (si rimanda al modulo dedicato).
3. In caso di contatti a rischio presentare eventuale referto di negatività o dichiarazione di completamento quarantena (si rimanda al modulo dedicato).

DICHIARAZIONE INTEGRATIVA COVID ACCOMPAGNATORE LEGALE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

e residente in _____

In qualità accompagnatore legale del minore

Cognome e Nome

Codice fiscale

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA

- Di aver presentato sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 nelle ultime tre settimane, di aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e dopo sua valutazione di essersi attenuto/a alle indicazioni ricevute relativamente alla terapia da seguire e alle indagini da effettuare.
- Di aver eseguito il periodo di quarantena e/o effettuato le indagini attestanti la negatività da infezione COVID-19.

INFORMATIVA PRIVACY

IMS SRL, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa per il trattamento dei dati COVID-19 fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede che nel sito internet www.istitutodimedecinadelloSPORT.it.

Luogo e data

Firma

Vittorio Veneto, _____

DICHIARAZIONE COVID - MINORE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

e residente in _____

In qualità di genitore titolare della responsabilità genitoriale del minore

Cognome e Nome

Codice fiscale

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA che il suddetto minore

- ha avuto** diagnosi accertata di infezione da Covid-19.⁽¹⁾
Indicare la sintomatologia:
 - asintomatico
 - sintomi lievi quali temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
 - sintomi acuti con trattamento farmacologico ospedaliero e/o a domicilio
- ha avuto** sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea >37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime tre settimane. ⁽²⁾
- ha avuto** contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, scuola, etc.). ⁽³⁾
- è di rientro da paesi a rischio.

Inoltre **DICHIARA**:

- di prestare il consenso alla rilevazione e registrazione della temperatura corporea del suddetto. Temperatura corporea di _____ ° C
- di prestare il consenso all'uso della mascherina, da parte del suddetto, durante la visita ed eventuale prova da sforzo come da linee guida regionali.

INFORMATIVA PRIVACY

IMS SRL, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa per il trattamento dei dati COVID-19 fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede che nel sito internet www.istitutodimedecinadellospport.it.

Luogo e data

Firma

Vittorio Veneto, _____

Note:

1. In caso di positività pregressa presentare referto di negativizzazione.
2. In caso di sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 presentare eventuale referto di negatività o dichiarazione di contatto del proprio medico curante il quale ha fornito indicazioni e terapia da seguire (si rimanda al modulo dedicato).
3. In caso di contatti a rischio presentare eventuale referto di negatività o dichiarazione di completamento quarantena (si rimanda al modulo dedicato).

DICHIARAZIONE INTEGRATIVA COVID - MINORE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

e residente in _____

In qualità di genitore titolare della responsabilità genitoriale del minore

Cognome e Nome

Codice fiscale

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole dell'importanza del rispetto delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19 per la tutela della salute della collettività,

DICHIARA CHE IL SUDETTO MINORE

- ha presentato sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 nelle ultime tre settimane, di aver contattato il medico curante (Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale) e dopo sua valutazione si è attenuto/a alle indicazioni ricevute relativamente alla terapia da seguire e alle indagini da effettuare.
- ha eseguito il periodo di quarantena e/o effettuato le indagini attestanti la negatività da infezione COVID-19.

INFORMATIVA PRIVACY

IMS SRL, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia all'informativa per il trattamento dei dati COVID-19 fornita ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, disponibile per la consultazione presso la nostra sede che nel sito internet www.istitutodimedecinadellosport.it.

Luogo e data

Firma

Vittorio Veneto, _____
