

COGNOME	NOME
NATO A	IL
RESIDENTE A	INDIRIZZO VIA
PATENTE E/O CARTA D'IDENTITA' NR.	
SPORT	SOCIETA' SPORTIVA
ANNO ULTIMA VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA	EFFETTUATA A
IDONEITA' OTTENUTA:	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ANAMNESI

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nella casella i casi di famigliari (genitori, nonne, fratelli o sorelle) che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------|
| MALATTIE DEL CUORE | <input type="checkbox"/> | _____ |
| IPERTENSIONE | <input type="checkbox"/> | _____ |
| DIABETE | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TBC | <input type="checkbox"/> | _____ |
| TUMORI | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ASMA E MALATTIE ALLERGICHE | <input type="checkbox"/> | _____ |

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

BARRARE LE CASELLE RIGURADANTI LE MALATTIE SOFFERTE

- | | | | |
|---|---|--|---|
| Morbillo <input type="checkbox"/> | Dorso curvo <input type="checkbox"/> | Pleurite <input type="checkbox"/> | Eczema <input type="checkbox"/> |
| Varicella <input type="checkbox"/> | Piede piatto <input type="checkbox"/> | Febbre reumatica <input type="checkbox"/> | Allergia <input type="checkbox"/> |
| Rosolia <input type="checkbox"/> | Scapole alate <input type="checkbox"/> | Anemia <input type="checkbox"/> | Svenimento <input type="checkbox"/> |
| Parotite (orecchioni) <input type="checkbox"/> | Epatite virale <input type="checkbox"/> | Malattie di cuore <input type="checkbox"/> | Epilessia <input type="checkbox"/> |
| Pertosse (tosse canina) <input type="checkbox"/> | Otite <input type="checkbox"/> | Malattie di reni <input type="checkbox"/> | Diabete <input type="checkbox"/> |
| Scarlattina <input type="checkbox"/> | Sinusite <input type="checkbox"/> | Tbc <input type="checkbox"/> | Trauma cranico <input type="checkbox"/> |
| Scoliosi <input type="checkbox"/> | Tonsilliti <input type="checkbox"/> | Asma <input type="checkbox"/> | |

TRAUMI SPORTIVI

- Fratture Distorsioni Strappi muscolari

RICOVERI PER INTERVENTO

- Tonsille Adenoidi Ernia Appendicite altro _____
 Anni _____ Anni _____ Anni _____ Anni _____ Anni _____

NOTIZIE PARTICOLARI (tipo, decorso, cure, esiti, ecc.) SULLE MALATTIE SOPRAINDICATE

Sta facendo cure? _____ per quale motivo? _____

E' guarito completamente? si no disturbi rimasti _____

Usa occhiali o lenti corneali? si no

Per miopia per strabismo per ipermetropia per astigmatismo

E' stata in cura con busti correttivi si no Ginnastica correttiva si no Rialzo al piede si no

DATA ____/____/____

_____ firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori di 18 anni

Il sottoscritto _____ genitore di _____

Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite ne questionario sono complete e veritiere.

NON E' MAI STATO DICHIARATO " NON IDONEO".

Si impegna a presentare eventuale certificato di idoneità precedente.

PUNTO MEDICO SRL IS	SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT ANAMNESI	MOD 09.53 DEL 09/23 VERS 1 Pagina 2 di 2
------------------------	--	---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
(Ai sensi dell'art. 7 del GDPR 2016/679 e dell'art. 23 del D.Lgs. 196/03)**

Timbro del Medico

L'interessato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 e dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 unitamente a copia dell'art. 7 del decreto medesimo, ed esprime il libero consenso al trattamento dei dati personali per la fornitura dei Servizi erogati dal **PUNTO MEDICO SRL** ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa. Tutte le autorizzazioni rilasciate dal/dai sottoscritto/i potranno essere revocate in ogni momento solo a mezzo lettera raccomandata A.R. a Voi indirizzata e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata. In merito sono comunque fatti salvi i trattamenti imposti in osservanza delle vigenti leggi.

In particolare esprimo il mio libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai fini della consulenza, anamnesi, prevenzione, diagnosi, cura e/o terapia, riabilitazione medica, prelievi e analisi, diagnostica al sopraindicato Dottore Medico in qualità di Responsabile del trattamento dei Dati.

DATA	COGNOME E NOME e Codice Fiscale	FIRMA

Consenso al trattamento dei dati personali da parte dei familiari maggiorenni a carico¹:

COGNOME E NOME e Codice Fiscale	RELAZIONE DI PARENTELA	FIRMA (Solo se maggiorenne a carico)

Da inserire quando si trattino anche dati relativi ai familiari (ad es.: per assegni per il nucleo familiare, permessi per assistenza ai familiari, etc.). Il consenso deve essere sottoscritto dai familiari maggiorenni.