

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

“Il/la sottoscritto/a _____
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N° 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art. 4 comma 1 lettera D, nonché art. 26 D. Lgs. N° 196/2003, ed in ogni caso i dati idonei a rivelare lo stato di salute, presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari allo svolgimento delle operazioni per la valutazione dell'idoneità all'attività sportiva ed alle altre attività ad essa collegate.

Data _____ Firma _____
(Per i minorenni firma del genitore o del tutore)

Dichiarazione Covid-19

“Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
e residente in _____

DICHIARA

- ☐ Di non aver avuto diagnosi accertata pregressa o attuale di infezione da Covid-19.
- ☐ Di non aver avuto sintomi riferibili ad infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea $>37,5^{\circ}\text{C}$, tosse, astenia, dispnea, mialgia, anosmia, diarrea, ageusia, nelle ultime 2 settimane.
- ☐ Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono risultate affette da infezione da Covid-19 (familiari, luoghi di lavoro, scuola, amici, ecc.)

Qualora l'atleta si trovasse in una delle tre condizioni indicate, verrà valutata l'opportunità di effettuare la visita, in base ai criteri indicati nel riquadro a lato.

Data _____ Firma _____
(Per i minorenni firma del genitore o del tutore)

Norme per lo svolgimento della visita e di prevenzione contagio Covid-19

- L'atleta deve presentarsi alla visita protetto da mascherina chirurgica, correttamente indossata, che terrà per tutta la durata della visita**, tranne nei momenti indicati dagli operatori, necessari per il corretto svolgimento della visita stessa.
- L'atleta deve compilare e sottoscrivere la dichiarazione Covid-19 (a lato)** al fine di individuare: atleti Covid positivi guariti, atleti asintomatici ma che hanno avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, atleti con anamnesi positiva per contatti a rischio (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
Nel caso in cui l'atleta abbia indicato di essere stato Covid positivo oppure di aver avuto nelle ultime settimane sintomi attribuibili all'infezione da Covid-19, non si potrà procedere alla visita di idoneità sportiva fintanto che l'atleta non produca la documentazione inerente all'effettuazione di due tamponi eseguiti. Nel caso i due tamponi dimostrassero esito negativo, come prova di avvenuta guarigione, si potrà procedere ai test da eseguire secondo il protocollo FMSI per la certificazione.
- l'atleta sarà sottoposto prima dell'inizio della visita, alla misurazione della temperatura corporea con termometro digitale, ed in caso di temperatura maggiore di $37,5^{\circ}\text{C}$ si ricontrollerà e nel caso venga confermato l'aumento di temperatura o di sintomi sospetti, la visita **non** potrà essere effettuata.
- Durante il tutto il corso della visita dall'attesa alla fine, si raccomanda di mantenere sempre la maggior distanza possibile sia con gli altri atleti, che con il personale sanitario.**

Le regole di cui sopra recepiscono le indicazioni regionali, dell'Istituto Superiore della Sanità e della Federazione Medico Sportiva Italiana, qualora l'atleta fosse in disaccordo o si rifiutasse di recepire tali indicazioni, la visita **non** potrà essere svolta e l'atleta sarà invitato ad allontanarsi, nella salvaguardia della salute degli altri atleti e del personale sanitario.

 2	Codice Regionale RC-MSP/00268	Direttore Sanitario Dr. Marcello Alfredo Specialista in M. dello Sport
--	----------------------------------	--

Cognome: _____	Nome: _____
Luogo di nascita: _____	Prov.: _____ Data di nascita: _____
Residenza: _____	Prov.: _____ Via: _____
Professione: _____	Recapito telefonico: _____
È stato mai risultato non idoneo al precedenti visite mediche sportive? ☐ SI ☐ NO Per quale motivo? _____	

Malattie in famiglia (genitori, fratelli, sorelle, nonni, ecc.).

1 Ha parenti deceduti per infarto cardiaco ad un'età inferiore ai 55 anni?	☐ SI	☐ NO	Se si chi? _____ a che età? _____ anni.
2 Ci sono stati in famiglia decessi per arresto cardiaco?	☐ SI	☐ NO	Se si chi? _____ a che età? _____ anni.
3 Ci sono casi di diabete (diabete mellito) in famiglia?	☐ SI	☐ NO	Se si chi? _____ a che età? _____ anni.
4 Ci sono stati casi di ictus cerebrale in famiglia?	☐ SI	☐ NO	Se si chi? _____ a che età? _____ anni.

Malattie precedenti.

5 E' stato affetto in passato di qualche patologia rilevante?	☐ SI	☐ NO	Se si quali? _____
6 E' stato sottoposto in passato ad interventi chirurgici rilevanti?	☐ SI	☐ NO	Se si quali? _____
7 Ha riportato incidenti, fratture o interventi chirurgici sulle articolazioni?	☐ SI	☐ NO	Se si quali? _____

Fattori di rischio ed alimentazione.

8 Sigarette fumate al giorno: _____	Diabete	☐ SI	☐ NO
9 Caffè assunti al giorno: _____	Sovrappeso	☐ SI	☐ NO
10 Vino ai pasti al giorno _____	Colesterolo alto	☐ SI	☐ NO
11 Assume superalcolici? se si in che quantità? _____		☐ SI	☐ NO
12 Segue diete particolari? _____		☐ SI	☐ NO
Se si quale? _____			

Malattie attuali.

13 Le è stata diagnosticata una malattia cardiaca?	☐ SI	☐ NO	Se si quale? _____
14 Altre malattie conosciute?	☐ SI	☐ NO	Se si quali? _____
15 Negli ultimi 2 anni durante la pratica sportiva ha avvertito uno dei seguenti sintomi?			
Svenimenti improvvisi	☐ SI	☐ NO	Battito cardiaco irregolare ☐ SI ☐ NO
Vertigini	☐ SI	☐ NO	Sensazione di fame d'aria ☐ SI ☐ NO
			Dolore al petto ☐ SI ☐ NO
16 Soffre di pressione alta?	☐ SI	☐ NO	da quanto? _____
17 Ha disturbi della vista?	☐ SI	☐ NO	di che tipo? _____
18 Ha disturbi dell'udito?	☐ SI	☐ NO	di che genere _____
19 Ha disturbi respiratori?	☐ SI	☐ NO	di che genere _____
20 Soffre di allergia?	☐ SI	☐ NO	
Se si a cosa e di che tipo _____			

Altre domande.

21 Vaccinazioni obbligatorie?	☐ SI	☐ NO	se no perché? _____
24 Per le donne: _____			mestruazioni in corso? ☐ SI ☐ NO
è in gravidanza? ☐ SI ☐ NO			se si quale settimana _____
25 Nell'ultimo anno si è sottoposto a visite mediche o ad esami del sangue?	☐ SI	☐ NO	
Se si sono state riscontrate anomalie?	☐ SI	☐ NO	
Se si indicarle: _____			
26 Nelle ultime tre settimane ha avuto influenza, raffreddore o altre infezioni?	☐ SI	☐ NO	
Se si di che genere? _____			
27 Assume farmaci, vitamine o integratori?	☐ SI	☐ NO	
Farmaci assunti abitualmente _____			
Farmaci assunti nell'ultimo mese _____			

_____ Data	_____ Firma
---------------	----------------

(Per i minori firma del genitore o del tutore)