



**AMBULATORIO SPARTACO
di MEDICINA dello SPORT**

Viale Premuda, 46 – 20129 MILANO
Tel. 0259900532 - Cell. 3349639640
www.spartacoms.it - spartaco.ms@tiscali.it

Sistema Socio Sanitario



ATS Milano
Città Metropolitana

DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa PAOLA F.
SARCHI

**REGISTRO REGIONALE LOMBARDO DELLE
STRUTTURE ACCREDITATE N°1462**

Io sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ a _____ prov _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Documento di identità (tipo/numero) _____ rilasciato il _____

DEL QUALE ALLEGO FOTOCOPIA

In qualità di genitore esercente/ la potestà genitoriale di

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ a _____

DELEGO

Il sig./sig.ra

Cognome _____

Nome _____

Nato/a il _____ a _____

**AD ACCOMPAGNARE IL MINORE DI CUI SOPRA PER LA VISITA MEDICA PRESSO IL VOSTRO
AMBULATORIO**

MILANO _____

Firma del genitore _____



**AMBULATORIO SPARTACO
di MEDICINA dello SPORT**

Viale Premuda, 46 – 20129 MILANO
Tel. 0259900532 - Cell. 3349639640
www.spartacoms.it - spartaco.ms@tiscali.it

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ATS Milano
Città Metropolitana

DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa PAOLA F.
SARCHI

**REGISTRO REGIONALE LOMBARDO DELLE
STRUTTURE ACCREDITATE N°1462**

SI PREGA DI COMPILARE CON ATTENZIONE E IN OGNI SUA PARTE LA SCHEDA ANAMNESTICA. Qualora dovessero rimanere dei dubbi sulla comprensione o la compilazione della scheda, non esitare a chiedere chiarimenti al Medico Specialista.

Il paziente (cognome e nome _____)

ATTUALMENTE gode di BUONA SALUTE? sì no _____

È sottoposto a **QUARANTENA** e/o ha avuto contatti con persone **AFFETTE DA COVID-19**? sì no

Ha avuto di recente la **FEBBRE** o **altri sintomi COVID-19 SIMILI**? sì no

Ha avuto di recente uno **SVENIMENTO**? sì no

Assume dei **FARMACI**? sì no

Quando il paziente pratica sport, accusa **DOLORI / FORTE STANCHEZZA** o altri disturbi? sì no

FUMA? sì no Quante sigarette al giorno? _____ altro _____

Per le DONNE

Menarca (età) _____ ciclo (regolare, irregolare) _____ Menopausa (età) _____

Nella FAMIGLIA di origine del paziente (genitori, fratelli/sorelle, nonni, zii, cugini 1° grado) si sono mai verificati **PRIMA DEI 65 ANNI (sottolineare la voce che interessa)?**

INFARTI ICTUS /TROMBOSI CASI DI PRESSIONE ALTA MORTI IMPROVVISE SENZA MOTIVO
MALFORMAZIONI CARDIACHE E/O OPERAZIONI CHIRURGICHE AL CUORE DIABETE ALTRE MALATTIE DI
CUORE come ARITMIE. Se si specificare chi ne soffre, a che età ha cominciato a soffrirne e altre notizie ritenute utili

STORIA FAMILIARE NON NOTA

Il paziente ha mai sofferto, recentemente o in passato, di (**sottolineare la voce che interessa**):

SVENIMENTI / PERDITE DI COSCIENZA MALATTIE RILEVANTI ASMA/ALLERGIE REUMATISMI NEL SANGUE
MALATTIE ESANTEMATICHE. Se si specificare quando ne ha sofferto e altre notizie ritenute utili

Il paziente ha mai subito **INTERVENTI CHIRURGICI**? Se sì, indicare quali e a che età

Il paziente ha mai subito **INFORTUNI / TRAUMI CRANICI**? Se sì, indicare quali e a che età

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti del paziente e di NON ESSERE MAI STATO DICHIARATO NON IDONEO, AVERE IN CORSO SOSPENSIONI o ESSERE IN ATTESA DI GIUDIZIO DA PARTE DI ALTRO CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT. Di informare il Centro Spartaco della comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire meno l'idoneità rilasciata; in particolare mi impegno a comunicare al Centro Spartaco una eventuale positività al Covid-19 comparsa successivamente alla visita. Inoltre, mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente

MILANO _____

Firma del genitore _____



AMBULATORIO SPARTACO di MEDICINA dello SPORT

Viale Premuda, 46 – 20129 MILANO
Tel. 0259900532 - Cell. 3349639640
www.spartacoms.it - spartaco.ms@tiscali.it

Sistema Socio Sanitario



ATS Milano
Città Metropolitana

DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa PAOLA F.
SARCHI

REGISTRO REGIONALE LOMBARDO DELLE STRUTTURE ACCREDITATE N°1462

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gent.mo/a, ai sensi del GDPR la società **SPARTACO POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA srl., in qualità di Titolare del Trattamento**, Le fornisce le informazioni relative alle modalità di trattamento dei suoi dati dei suoi dati personali.

CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI				
	• Per "Dati" si intendono i dati personali trattati dalla Società per l'esecuzione del contratto della prestazione richiesta Dati anagrafici (nome cognome codice fiscale etc). Dati di contatto (numero di telefono, email). Dati Sanitari ex art 9 GDPR			
	FONTI DEI DATI I dati sono raccolti presso l'interessato – tramite compilazione dei form richiesti- o tramite visita medica			
	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO		BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
1	adempiere agli obblighi previsti dalla Legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità	Obbligo di Legge		Fino a 10 anni dal termine di validità del contratto o nei tempi necessari per adempiere alle finalità del trattamento nel rispetto dei termini di legge.
2	Medicina dello sport (per chi usufruisce del servizio)	Contratto VEDI SOTTO		5 anni dalla prestazione
3	Costituzione Fascicolo Elettronico	Consenso		5 anni dalla prestazione
4	adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti da rapporti in essere (es: registrazione appuntamenti, emissione documenti fiscali, ecc.)	Obbligo di legge		come punto 1
5	esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio	Legittimo interesse		il tempo necessario per adempiere alle finalità
Il trattamento dei dati è realizzato, con modalità elettroniche e cartacee, per mezzo delle operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i Dati saranno distrutti o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.				
	CONFERIMENTO DEI DATI Il conferimento dei Dati è obbligatorio per l'esecuzione delle finalità 1-2-4. Il conferimento dati è facoltativo per la finalità 3			
	I dati possono essere comunicati a soggetti terzi, fra cui, in particolare: altri soggetti privati (ad es. Studi legali, Assicurazioni, Medici.), legittimati a richiedere i dati. I dati potranno essere trattati, per conto del titolare per consentire le attività sopra descritte, da soggetti designati come responsabili del trattamento , fra cui, in particolare: Società o professionisti che forniscono supporto al titolare per la gestione degli adempimenti fiscali e amministrativi. Società incaricate di fornire servizi informatici. Laboratori Medici			
	TRASFERIMENTO DEI DATI I dati potranno essere diffusi extra UE nel rispetto del regolamento 2016/679			
	DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO Contattando la Società via e-mail all'indirizzo privacy@spartacoms.it , gli interessati possono: <ul style="list-style-type: none">chiedere al titolare la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento dei dati che li riguardano e, in tal caso, ottenere l'accesso ai dati che li riguardano ed alle informazioni relative al trattamento, quali: le finalità, le categorie di dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari cui i dati sono comunicati, il periodo di conservazione, l'esistenza di un processo decisionale automatizzato e delle logiche utilizzate, nonché l'esistenza di garanzie adeguate in caso di trasferimento dei dati in un paese extra UE;ottenere l'aggiornamento dei dati, la loro rettifica, l'integrazione o la loro cancellazione, nonché la limitazione del trattamento;opporsi al trattamento nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare;ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti ("diritto alla portabilità dei dati");revocare in qualsiasi momento il consenso prestato; Gli interessati hanno altresì diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.			



AMBULATORIO SPARTACO di MEDICINA dello SPORT

Viale Premuda, 46 – 20129 MILANO
Tel. 0259900532 - Cell. 3349639640
www.spartacoms.it - spartaco.ms@tiscali.it

Sistema Socio Sanitario



ATS Milano
Città Metropolitana

DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa PAOLA F.
SARCHI

REGISTRO REGIONALE LOMBARDO DELLE STRUTTURE ACCREDITATE N°1462

CONTRATTO

L'ESECUZIONE DELLA VISITA SPECIALISTICA PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA DM 18/02/1982 e non agonistica DM 24/04/2013 comporta necessariamente l'acquisizione da parte del Centro e del Medico Specialista di dati personali anagrafici e sanitari rilevati durante le prestazioni mediche, necessari per la valutazione di cui al DM 18/02/1982 04/03/1993 e 24/04/2013 oppure spontaneamente da Lei forniti. I dati raccolti verranno riportati su "schede di valutazione" cartacee che verranno archiviate e protette con modalità idonea e sul fascicolo elettronico.

NEL CASO DI ESITO FAVOREVOLE DELLA VISITA di cui al DM 18/02/82 (GIUDIZIO DI IDONEITA' AGONISTICA), i dati personali (NON I DATI SANITARI) verranno comunicati alla AST di riferimento

NEL CASO DI ESITO SFAVOREVOLE DELLA VISITA di cui al DM 18/02/82 (SOSPENSIONE O NON IDONEITA' AGONISTICA), verrà comunicato

1. alla Società Sportiva /Federazione il giudizio di sospensione/non idoneità SENZA DIAGNOSI CLINICA
2. alla ATS di riferimento e alla UO Prevenzione della Direzione Generale Sanità Regionale il giudizio di sospensione/non idoneità CORREDATO di DIAGNOSI CLINICA



Il sottoscritto, in qualità di interessato al trattamento dei dati personali, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 – GDPR.

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 679/2016 sulla protezione dei dati personali ("GDPR").

Presto il consenso alla costituzione del Dossier Elettronico

MILANO _____

Firma del genitore _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST ERGOMETRICO (ELETTROCARDIOGRAMMA SOTTO SFORZO)

Chiedo di essere sottoposto alla visita medica comprensiva di step test e/o test ergometrico al cicloergometro. Dichiaro di essere a conoscenza che tali test comportano intrinsecamente un rischio per ischemia miocardica e/o aritmie. Tali test, in caso di rischio anche minimo, verranno immediatamente sospesi dall'equipe medica come pure potranno essere sospesi in ogni momento su richiesta del soggetto, considerandoli eseguiti ai soli fini amministrativi. Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe medica delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti rischiosi l'esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Presto il consenso all'esame

MILANO _____

Firma del genitore _____