



MODULO ISCRIZIONE MAGGIORENNE

IL SOTTOSCRITTO						
COGNOME				NOME		
NATO IL		A				
PROVINCIA	COD. FISCALE					
RESIDENTE	Via	P.zza	C.so			N.
COMUNE					PROVINCIA	
TEL.			EMAIL			

richiede di poter fruire del servizio "CESDA (Carta Elettronica Sanitaria Dell'Atleta)":



COMPRESIVO DI EMERGENCY CARD,
 SERVIZIO CESDA,
 CERTIFICATO SPORTIVO ⁽¹⁾
⁽¹⁾ (Certificazione di idoneità alla attività sportiva di tipo non agonistico)

**Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assistenziali
(Art.23 D.Lgs. n 196/03–Codice in materia di protezione dei dati personali)**

L'Aderente, preso atto dell'informativa ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, recante il codice in materia di protezione dei dati personali ed ai sensi degli artt. 23,26 e 43 del codice acconsente al trattamento dei dati sensibili che Lo riguardano, ai fini assistenzialistici. Il richiedente si impegna a trattarli ed eventualmente a comunicarli ad altri soggetti esclusivamente nei limiti strettamente necessari ai fini assistenzialistici ovvero nei limiti delle autorizzazioni rilasciate dal Garante.

..... li

L'Aderente

.....

.....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E STORICO FAMILIARE

Gentilissimo,

a seguito della Sua richiesta di ottenere la **“Cartella Elettronica Sanitaria SANITARYCARD”**, le chiediamo la gentilezza di voler compilare il presente modulo. E’ nostro intendimento inserire i dati sanitari che Lei vorrà poter avere a disposizione attraverso il nostro Sistema informatico con scrupolo e coscienza, ma per questo è indispensabile la Sua collaborazione. E’ importante che questo modulo sia compilato con estrema attenzione e completezza in ogni sua parte, sarà nostra cura attenerci al più rigoroso segreto professionale.

Vi ringraziamo per la fiducia accordataci e Vi ricordiamo che siamo a disposizione per chiarimenti e informazioni.

ANAMNESI FAMILIARE						
Genitori viventi?		SI	NO	Se no, a che età e per quale causa		
Fratelli : Quanti?		viventi?	SI	NO	Se no, a che età e per quale causa	
Sorelle : Quante?		viventi?	SI	NO	Se no, a che età e per quale causa	
MALATTIE DEI FAMILIARI						
N.B. Si prega di rispondere anche in caso di negazione, (se (SI) indicare con una crocetta chi)						
malattie cardiache	NO	SI	Nonni	Genitori	Fratelli	Sorelle
ipertensione	NO	SI	Nonni	Genitori	Fratelli	Sorelle
diabete	NO	SI	Nonni	Genitori	Fratelli	Sorelle
malattie neurologiche / neuromuscolari	NO	SI	Nonni	Genitori	Fratelli	Sorelle
altre malattie Se si indicare quali	NO	SI	Nonni	Genitori	Fratelli	Sorelle
	Note:					
casi di morte improvvisa in “età giovanile”	NO	SI	Nonni	Genitori	Fratelli	Sorelle
	Note:					



ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA									
N.B. Si prega di rispondere anche in caso di negazione, in caso di risposta affermativa specificare la patologia:									
Nato/a di parto naturale:	NO	SI	Se (NO) come:				Menarca (1° mestruazione anni)		
Malattie comuni dell'infanzia	Morillo, rosolia, ecc..						Vaccinazioni		
Reumatismo A.A.	NO	SI	Iperensione	NO	SI	Malattie del sangue	NO	SI	
Epatite virale	NO	SI	Traumi cranici	NO	SI	Malattie urogenitali	NO	SI	
Malattie cardiache	NO	SI	Epilessia	NO	SI	Malattie dell'occhio	NO	SI	
Soffi cardiaci	NO	SI	Otiti croniche	NO	SI	Malattie app.digerente	NO	SI	
Diabete	NO	SI	Malattie genetiche	NO	SI	Malattie ormonali	NO	SI	
Asma	NO	SI	Polmoniti	NO	SI	Malattie ortopediche	NO	SI	
Cefalee	NO	SI	Tumori	NO	SI	Patologie vertebrali	NO	SI	
Distorsioni/Lussazioni	NO	SI	Fratture	NO	SI	Tonsillectomia	NO	SI	
Ernioplastica	NO	SI	Appendicectomia	NO	SI	Cistiti ricorrenti	NO	SI	
Allergie Se (SI) indicare quali				Terapie praticate					
Intolleranze Se (SI) indicare quali				Terapie praticate					
Problemi Dermatologici Se (SI) indicare quali				Terapie praticate					
Ha mai eseguito ECOCARDIOGRAMMA, HOLTER ,ECG, TEST DA SFORZO?							NO	SI	
Se (SI) indicare quali ed eventuali patologie riscontrate.									
Ha mai avuto malesseri collegati allo sforzo fisico (dolore toracico, cefalee, dispnea, palpitazioni)?							NO	SI	
Ha mai avuto svenimenti?		NO	SI	Se Si, a riposo o durante lo sforzo?					
Altre malattie, interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri							NO	SI	
Se (SI) indicare quali ed eventuali patologie riscontrate.									
Farmaci attualmente in uso costante ?		NO	SI	Quali					
Porta occhiali o lenti a contatto?		NO	SI	Protesi acustiche?				NO	SI

ALIMENTAZIONE

Consumo giornaliero di:

Verdura: No Si tanto poco Frutta: No Si tanto poco

Consumo settimanale di:

Carne No Si rossa n. pasti Pesce No Si

No Si bianca n. pasti Formaggi No Si

No Si bianca n. pasti Salumi No Si

ATTIVITA' FISICA

Nessuna Saltuaria Regolare Sportiva Bicicletta Palestra

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro veritiere le attuali condizioni psico-fisiche e le affezioni precedenti qui dichiarate.

Data:

Firma

CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 23 D. Lgs 196/03

Allo scopo di ottenere “**Cartella Elettronica Sanitaria SANITARYCARD**”, io sottoscritto/a apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei miei dati, nell’ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per :

- L’acquisizione dei dati di cui alla presente.
- Creazione di fascicolo elettronico ed inserimento dei dati personali rilevati
- Creazione di Smart Card “SANITARYCARD” personale ed inserimento dei dati utili al “Primo Soccorso”.

Data:

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. 196/2003

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL D. LGS 196/03 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell’espletamento delle prestazioni mediche dei Medici convenzionati a suo favore;
- quelli spontaneamente da lei forniti;

2. I dati vengono da noi raccolti con l’esclusiva finalità di inserimento delle notizie mediche da Lei richieste.

3. I dati verranno riportati sulle “Cartelle Elettroniche Sanitarie” che verranno da noi mantenute e protette con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli art.31 e seguenti del D. Lgs. 196/03)

4. I dati non possono essere diffusi.

5. Richiamiamo integralmente , ai sensi dell’art.7 del D. Lgs i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.

6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge e’ “Patto per Lo Sport A.S.D. E A.P.S.”, in calce riportata, in persona del Legale rappresentante e che il Responsabile del trattamento dei dati è lo stesso Legale rappresentante.

7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile predisporre la Cartella Sanitaria da Lei richiesta.

Data:

Firma

LA TUA VISITA E' PRENOTATA IL:

GIORNO

ALLE ORE

Presentarsi muniti di: - Ciabatte
- Codice Fiscale
- Documento di Identità
Anamnesi debitamente compilata