



**MODULO ISCRIZIONE MINORENNE**

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e Nome del Genitore richiedente)						
COGNOME				NOME		
RESIDENTE	Via	P.zza	C.so			N.
COMUNE					PROVINCIA	
TEL.			EMAIL			

richiede di poter fruire del servizio "CESDA (Carta Elettronica Sanitaria Dell'Atleta)", relativamente al proprio figlio sotto indicato,

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



COMPENSIVO DI EMERGENCY CARD,  
 SERVIZIO CESDA,  
 CERTIFICATO SPORTIVO <sup>(1)</sup>  
<sup>(1)</sup> (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.

Firma del/dei Genitore/i  
(in caso di minore)

..... li .....

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO E STORICO FAMILIARE**

Gentilissimo Genitore,

a seguito della Sua richiesta di ottenere per Suo figlio la **“Cartella Elettronica Sanitaria CESDA”**, 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.

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



ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA										
<b>N.B. Si prega di rispondere anche in caso di negazione, in caso di risposta affermativa specificare la patologia:</b>										
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**

<b>Consumo giornaliero di:</b>										
Verdura:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> tanto	<input type="checkbox"/> poco	Frutta:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> tanto	<input type="checkbox"/> poco	
<b>Consumo settimanale di:</b>										
Carne	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> rossa	n. pasti	Pesce	<input type="checkbox"/> No	Formaggi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> bianca	.....		<input type="checkbox"/> Si		Salumi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
						.....				

**ATTIVITA' FISICA**

<input type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> Saltuaria	<input type="checkbox"/> Regolare	<input type="checkbox"/> Sportiva	<input type="checkbox"/> Bicicletta	<input type="checkbox"/> Palestra
----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------



**DICHIARAZIONE**

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

Data: ..... Firma del genitore (o del tutore) .....

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

Allo scopo di ottenere “**Cartella Elettronica Sanitaria CESDA**” per mio figlio, io sottoscritto/a apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati di mio figlio, 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 “CESDA” personale ed inserimento dei dati utili al “Primo Soccorso”.

Data: ..... Firma del genitore (o del tutore) .....

**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 del genitore (o del tutore) .....

**LA TUA VISITA E' PRENOTATA IL:**

**GIORNO** .....

**ALLE ORE** .....

**Presentarsi muniti di:** - Ciabatte  
                                   - Codice Fiscale  
                                   - Documento di Identità

**Anamnesi debitamente compilata**