salusservice
— Salute e Benessere —

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

L'ATLETA:

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE. ….....

DOCUMENTO n° .....RILASCIATO DA.....IL…….....

Nato a ..... il …..... .....

Residente in via/n°/città .....

Cellulare .....Email.....

IN CASO DI MINORE:

Io sottoscritto, in qualità di (barrare la casella) □ padre □ madre □tutore legale

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE. ….....

DOCUMENTO n° .....RILASCIATO DA.....IL…….....

Nato a ..... il …..... .....

Residente in via/n°/città .....

Cellulare .....Email.....

CHIEDE VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA

- **DELLO SPORT** .....
- **SOCIETÀ SPORTIVA INVIANTE** .....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO COVID 19

con il presente modulo dichiara (*barrare le caselle corrispondenti*):

di aver avuto diagnosi accertata o sospetta di Covid-19	No ☐	Sì ☐
di essere sottoposto a misure di isolamento preventivo	No ☐	Sì ☐
di aver avuto, negli ultimi 14 giorni, sintomi riferibili a Covid-19 (ad esempio temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, sintomi simil-influenzali, difficoltà respiratoria, stanchezza eccessiva, perdita di gusto od olfatto, diarrea, vomito, dolori articolari/muscolari)	No ☐	Sì ☐
di aver avere avuto contatti a rischio (es. meno di un metro, oltre 15 minuti, niente uso di dispositivi di protezione) con persone che sono o sono state affette da Covid-19 (familiari, colleghi di lavoro...)	No ☐	Sì ☐

FIRMA (del gen./tut. se minore)_____

MODULO D'INFORMAZIONE PER LA VISITA D'IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

NOZIONI GENERALI

Il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica. È una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

COME SI SVOLGE L'ESAME STEP-TEST

L'Utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo, dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame. Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa su un gradino di misura prestabilita (STEP TEST). Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma e successivamente viene registrato l'I.R.I.

RISCHI POSSIBILI STEP-TEST
Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo. Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

CONTROINDICAZIONI STEP-TEST
Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto. Durante la prova si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

CONSENSO INFORMATO PER STEP TEST

Dichiaro di aver letto il presente modulo di informazione e di essere stato informato/a sui rischi relativi all'effettuazione dello **STEP TEST.**
Se Maggiorenne: io sottoscritto/a : _____ acconsento a sottopormi alla visita ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura.

Se Minorenne: io sottoscritto/a :_____
Genitore di _____
acconsento che mio figlio/a sia sottoposto/a alla visita ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie o opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura.

Data:_____ Firma dell'Utente (o del Genitore se l'atleta è minorenne)

_____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Anamnesi familiare (genitori, fratelli, nonni)

Diabete	No ☐	Sì ☐	chi…….……..……...
Ipertensione Arteriosa	No ☐	Sì ☐	chi……..…….……....
Morte improvvisa giovanile	No ☐	Sì ☐	chi…….…….....
Cardiopatia ischemica od infarto	No ☐	Sì ☐	chi…….….....

Altro (specificare)……...…….

Anamnesi fisiologica

Alimentazione	Libera ☐	☐ regime dietetico in atto…….		
Alcolici e superalcolici	Astemio ☐	Occasionale ☐	Bevitore ☐	Ex-bevitore ☐
Fumo	No ☐	Sì ☐ quante sigarette……..		
Uso di farmaci	No ☐	Sì ☐ quali e perché ……...……		

Altro (specificare) ……

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete	No ☐	Sì ☐	
Malattie neurologiche o epilessia	No ☐	Sì ☐	
Malattie renali	No ☐	Sì ☐	
Traumi cranici	No ☐	Sì ☐	
Ipertensione Arteriosa	No ☐	Sì ☐	
Malattie e/o aritmie cardiache	No ☐	Sì ☐	
Asma	No ☐	Sì ☐	quali …….
Allergie	No ☐	Sì ☐	quali …….
Interventi chirurgici subiti	No ☐	Sì ☐	quali …….
Infortuni rilevanti o fratture	No ☐	Sì ☐	quali …….

Altro da segnalare …….……

salusservice
— Salute e Benessere —

Per le donne: Data primo menarca …… Data ultima mestruazione ……...
Gravidanze: No ☐ Sì ☐ Quante…….

Anamnesi sportiva

Sport …….. Società Sportiva ……...…….……..…
Allenamenti a settimana…… Durata in ore……...……...

Quando pratichi sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi	No ☐	Sì ☐
svenimenti	No ☐	Sì ☐
dolori toracici	No ☐	Sì ☐
grande stanchezza	No ☐	Sì ☐

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica?	No ☐	Sì ☐
Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva?	No ☐	Sì ☐
Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva?	No ☐	Sì ☐

In caso affermativo quali……

Dichiaro inoltre:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti, di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive obbligatorie per legge;
- di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la risposta fisiologica allo stress;
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool;

Data_____ Firma (del genitore/tutore se minore)_____
_____

salusservice
— Salute e Benessere —

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell'utente sono utilizzati da SALUS SERVICE S.r.l., che ne è titolare per il trattamento, nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679 e della normativa nazionale in vigore.

FONTE DEI DATI PERSONALI

La raccolta dei dati personali viene effettuata da SALUS SERVICE S.r.l. registrando i dati:

- raccolti direttamente presso interessato, al momento del contatto iniziale o di successive comunicazioni
- forniti da terzi

MODALITÀ E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DATI

- La informiamo che i dati verranno trattati con il supporto dei seguenti mezzi:
  - Mista - elettronica e cartacea

  con le seguenti finalità:
  - Registrazione Atleti per le attività previste dal **MEDICO DELLO SPORT**
  - Adempimento di obblighi fiscali o contabili
  - Gestione dei fornitori (contratti, ordini, arrivi, fatture)

In particolare, per le finalità specificate di seguito i dati dell'utente saranno trattati SOLO su specifica accettazione del consenso:

- Registrazione Atleti per le attività previste dal **MEDICO DELLO SPORT**

  ☐ accetta ☐ non accetta
- Consenso al trattamento di dati particolari:

  ☐ accetta ☐ non accetta

BASE GIURIDICA

- Le basi giuridiche su cui si fonda il trattamento per i dati comuni, secondo l'Art.6 del Regolamento GDPR, sono:
  - Contratto;
  - Consenso;

Le basi giuridiche su cui si fonda il trattamento per categorie particolari di dati personali, secondo l'Art.9 del Regolamento GDPR, sono:

- Contratto;
- Consenso;

La società tratta i dati facoltativi degli utenti in base al consenso, ossia mediante l'approvazione esplicita della presente policy privacy e in relazione alle modalità e finalità di seguito descritte.

CATEGORIE DI DESTINATARI

- Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati esclusivamente per le finalità sopra specificate alle seguenti categorie di destinatari:

Altre amministrazioni pubbliche; Autorità di vigilanza e controllo; Consulenti e liberi professionisti anche in forma associata; Enti previdenziali ed assistenziali; Enti pubblici economici; Organismi sanitari, personale medico e paramedico; Responsabili esterni; Responsabili interni; Società e imprese;

Nella gestione dei suoi dati, inoltre, possono venire a conoscenza delle stesse categorie di persone autorizzate e/o responsabili interni ed esterni individuati per iscritto ed ai quali sono state fornite specifiche istruzioni scritte circa il trattamento dei dati.

CATEGORIE DI DATI PERSONALI

- Secondo quanto esplicitato dall'articolo 14 del Regolamento GDPR, non essendo stati ottenuti i dati presso l'interessato, si riportano le categorie di dati personali oggetto di trattamento:
  - Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale (carte sanitarie);
  - Dati identificativi (ragione o denominazione sociale, ovvero nome e cognome delle persone fisiche, indirizzo sede, telefono, fax, e-mail, dati fiscali, ecc.);
  - Dati relativi alla famiglia e a situazioni personali;
  - Dati relativi alla famiglia e a situazioni personali (stato civile, minori, figli, soggetti a carico, consanguinei, altri appartenenti al nucleo familiare);
  - Dati sulla salute;
  - Lavoro (occupazione attuale e precedente, informazioni sul reclutamento, sul tirocinio o sulla formazione professionale, informazioni sulla sospensione o interruzione del rapporto di lavoro o sul passaggio ad altra occupazione, curriculum vitae;
  - Particolari (sensibili);
  - Personali;

STRUTTURE INFORMATICHE

Denominazione attività	**Servizi per la medicina del lavoro e dello sport**
Strutture informatiche	IT Salus
Tipo Struttura	Interna
Sede	operativa (Udine)

PERIODO DI CONSERVAZIONE

Il periodo di conservazione dei dati è: 10 anni

DIRITTI DELL'INTERESSATO

- Ai sensi del Regolamento europeo 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale in vigore, l'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, esercitare i seguenti diritti:
  - richiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano (diritto di accesso dell'interessato – art. 15 del Regolamento 679/2016);
  - conoscerne l'origine;
  - riceverne comunicazione intelligibile;
  - avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento;
  - richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione di legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti (diritto di rettifica e cancellazione – artt. 16 e 17 del Regolamento 679/2016);
  - diritto di limitazione e/o di opposizione al trattamento dei dati che lo riguardano (art. 18 del Regolamento 679/2016);
  - diritto di revoca;
  - diritto alla portabilità dei dati (art. 20 del Regolamento 679/2016);
  - nei casi di trattamento basato su consenso, ricevere i propri dati forniti al titolare, in forma strutturata e leggibile da un elaboratore di dati e in un formato comunemente usato da un dispositivo elettronico;
  - il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo (diritto di accesso dell'interessato – art. 15 del Regolamento 679/2016).
- Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è SALUS SERVICE S.r.l., p.iva 02731210304
  - E-mail: info@salusservice.com
  - PEC: salusservices@pec.it
  - Telefono: 0432545792

  SALUS SERVICE s.r.l., p.iva 02731210304
- La scrivente Società ha nominato quali DPO (Data Protection Officer)
  - il Sig. Bacchin Alessandro, che può essere contattato al seguente indirizzo e-mail: dpo@salusservice.com.

****

Il/I sottoscritto/i _____in calce identificato/i dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale in vigore, ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data _____ Firma _____

TRASMISSIONE DATI DELLE SPESE SANITARIE AL SISTEMA TESSERA SANITARIA. MODULO DI OPPOSIZIONE O CONSENSO

Dal 1 gennaio 2016 i medici e odontoiatri devono effettuare la trasmissione telematica delle spese sanitarie dei loro assistiti al portale online "SISTEMA TESSERA SANITARIA" (gestito dal Ministero delle Finanze – Ragioneria generale dello Stato con il supporto informatico di Sogei), che, a seguito di una iniziale elaborazione, le comunicherà all'Agenzia delle Entrate che, a sua volta, dovrà fornire il 730 precompilato ai titolari di redditi di lavoro dipendente e assimilati, relativo all'anno in corso.
L'adempimento trova la norma di riferimento nel D. Lgs 21 novembre 2014, n. 175:
Semplificazione fiscale e dichiarazione dei redditi precompilata, pubblicato in GU Serie Generale n. 277 del 28/11/2014, integrato e coordinato da ulteriori provvedimenti emanati dai Legislatori, dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dall'Agenzia delle Entrate, dalla Ragioneria Generale dello Stato e dal Garante per la protezione dei dati personali.
I dati da trasferire al sistema TS riguarderanno tutti gli assistiti, mentre l'Agenzia delle Entrate riceve dal Sistema Tessera Sanitaria le informazioni relative ai soli contribuenti che rientrano nella platea dei destinatari della dichiarazione precompilata.
I dati riferiti ai cittadini che non utilizzano la dichiarazione precompilata saranno cancellati dal Sistema Tessera Sanitaria a cura del Ministero delle Finanze che è il responsabile del trattamento dati (pareri del Garante per la protezione dei dati n. 4160058 e n. 4160102 del 30 luglio 2015)
L'assistito può manifestare la propria opposizione alla trasmissione dei dati al sistema TS, chiedendo oralmente al medico o alla struttura sanitaria l'annotazione sul documento fiscale e sottoscrivendo il presente modulo in duplice copia che dovrà essere conservato unitamente alla cartella clinica. (art. 3 del Decreto del Mef del 31 luglio 2015)

ho letto e compreso quanto sopra, per la qual cosa

☐ ACCONSENTO alla trasmissione telematica delle spese sanitarie sostenute nell'anno di imposta corrente al portale online "sistema tessera sanitaria", ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del D.Lgs. 21 novembre 2014, n. 175.

☐ MI OPPONGO alla trasmissione dei miei dati relativi alle spese sanitarie sostenute nell'anno di imposta corrente, al portale online "sistema tessera sanitaria" (art. 3 comma 2b decreto del Mef del 31 luglio 2015).

Udine Firma (del genitore/tutore se minore)

Data _____ _____