

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT

Laboratorio di Fisiopatologia delle Attività Motorie

Direttore Dott. Prof. Luigi R. Collarini



ASSC
Azienda Speciale di Servizi
di Casalpusterlengo

Io sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

in qualità di genitore/tutore dell'atleta minorenni

COGNOME _____ NOME _____

Delego

il sig./la sig.ra

COGNOME _____ NOME _____

ad accompagnare mio figlio/mia figlia alla visita medico sportiva che i terrà presso il Centro di Medicina dello Sport sito nell'AO di Casalpusterlengo in data _____.

Allego alla seguente delega fotocopia di un mio documento di identità.

Data _____

Firma _____



Compilare con i dati del genitore o del tutore del minore, non con i dati dell'atleta!

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

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell' espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
 - quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.
3. I dati verranno riportati sulle " Schede di Valutazione Medico Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli artt. 31 e seguenti del D. L. gs 196/03).
4. I dati verranno comunicati:
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
 - in chiaro, alla ASL competente per territorio;
 - in forma anonima, alla U.O. Prevenzione delle Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.
5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell' art. 7 del D. L.gs, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
6. Le segnaliamo che il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è il Centro Medicina dello Sport in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il Responsabile del trattamento è il dr. Responsabile del Centro.
7. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti sopra richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D' Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

Consenso ai sensi dell' art. 23 L. gs 196/03

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell' ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l' acquisizione dei dati di cui al punto 1;
- la comunicazione dei dati ai terzi ai sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome Cod.fisc.
Nato/a Il

Data Firma leggibile dell' interessato/a
o del tutore del minore