

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il __/__/____ e residente in _____

attesta

- ☐ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- ☐ di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- ☐ di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
- ☐ di prestare il consenso alla rilevazione della propria temperatura corporea.

In fede,

[data e firma]

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.
2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento.
3. Chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come stabilito dall' art. 76 del DPR 445/2000.



SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT DELLA ULSS2 MARCA TREVIGIANA - DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO
SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____ in Via _____
Doc. identità _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ e-mail _____
Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____
Società sportiva di appartenenza _____
Svolge regolarmente altri sport? SI' NO Quali _____
Si sta allenando regolarmente? SI' NO Per quante ore alla settimana? _____

(BARRARE CIO' CHE INTERESSA)

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)

Cardiomiopatia	SI' NO		Malattia valvole cardiache	SI' NO	
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Aritmia	SI' NO	
Morte improvvisa	SI' NO		Diabete	SI' NO	
Dislipidemia	SI' NO		Asma	SI' NO	
Ictus	SI' NO		Tumori	SI' NO	
Ipertensione	SI' NO		Altro	SI' NO	

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Cardiomiopatia	SI' NO	
Malformazione congenita	SI' NO		Malformazione valvolare	SI' NO	
Miocardite/Pericardite	SI' NO		Aritmia/extrasistoli	SI' NO	
Ipertensione arteriosa	SI' NO		Arteriopatia	SI' NO	
Insufficienza venosa/varici	SI' NO		Altro	SI' NO	

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto?		SI'	NO
Miopia	<input type="checkbox"/>	Astigmatismo	<input type="checkbox"/>
		Ipermetropia	<input type="checkbox"/>
		Altro	

Età prima mestruazione _____	Data ultima mestruazione ____/____/____	Il ciclo è regolare? SI' NO
------------------------------	---	-----------------------------

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI' NO	a _____ anni	Adenoidi	SI' NO	a _____ anni
Ernia	SI' NO	a _____ anni	Appendice	SI' NO	a _____ anni



ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO

Quali? _____
Quando? _____
per quanto tempo ha sospeso l'attività? _____

ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO

Quali? _____
Per quale motivo? _____

ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:

ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI

ABITUDINI: ☐ FUMO ☐ ALCOOL

ANAMNESI CARDIOLOGICA

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI'	NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI'	NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): accusa o ha accusato mancanza di respiro? senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace?	SI'	NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI'	NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI'	NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici? Quali? _____	SI'	NO

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986.

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica? ☐ SI' ☐ NO
A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____ è stato
dichiarato ☐ **IDONEO** ☐ **NON IDONEO** per quali i motivi? _____
☐ **SOSPESO** per quanto tempo _____ per quali motivi? _____

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore/tutore in caso di atleti minori) _____
nato a _____ il _____, dichiara sotto la propria responsabilità che le
notizie fornite nella scheda di valutazione medico-sportiva e nella scheda anamnesi sono complete e
veritiere.

Luogo, data _____

FIRMA _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato informato sulle modalità di esecuzione della visita e sui pericoli derivanti dall'uso
di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Acconsento a sottopormi agli accertamenti
previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva, compreso il test da sforzo
(test ergometrico, test al gradino).

Luogo, data _____

FIRMA _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni



INFORMATIVA VISITA MEDICA DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA LEA

- Ai fini dell'esenzione dal pagamento della prestazione, gli atleti minorenni e i soggetti diversamente abili devono presentare la richiesta di visita da parte del presidente della società sportiva di appartenenza.
- Gli atleti di età inferiore ai 18 anni dovranno essere accompagnati da un genitore o da persona adulta munita di delega (si veda l'apposito modulo allegato).

IL GIORNO DELL'APPUNTAMENTO:

- L'atleta deve presentarsi presso i locali dell'Istituto di Medicina dello Sport e dell'Attività Motoria di Vittorio Veneto in Via L. De Nadaï n. 4, telefono 0438/55.62.05, fax 0438/94.37.01.
- Dotarsi di abbigliamento idoneo (pantaloncini corti, scarpe ginniche, top o canottiera per le atlete).
- Si consiglia una alimentazione leggera, evitare caffè, alcol, tabacco e sforzi fisici particolarmente intensi nelle ore precedenti la visita.
- Per ragioni organizzative si raccomanda di arrivare almeno 15 minuti prima dell'orario dell'appuntamento.

DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

Se impossibilitato a presentarsi all'appuntamento, l'atleta deve dare disdetta almeno 72 ore prima della data fissata, salvo casi di forza maggiore.

In caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto al pagamento dell'intero costo della prestazione, anche se esente. Per i casi di forza maggiore, è necessario produrre adeguata documentazione giustificativa (es.: il certificato medico, ricovero ospedaliero, ecc.).

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA PORTARE:

- richiesta di visita agonistica da parte del Presidente della Società Sportiva di appartenenza,
- tessera sanitaria e codice fiscale,
- documento di riconoscimento in corso di validità,
- scheda anamnesi COMPILATA e FIRMATA da uno dei genitori o da chi ne esercita la patria potestà,
- provetta con l'urina raccolta al mattino e conservata in frigorifero,
- eventuale terapia farmacologica e documentazione sanitaria relativa ad accertamenti precedenti (es. di laboratorio, radiografie, esiti di visite specialistiche, lettere di dimissioni ospedaliere, ecc.).
- modulo consenso all'informativa privacy opportunamente compilato e firmato
- modulo delega compilato e firmato dal genitore, copia del documento in corso di validità dell'accompagnatore e del genitore
- fotocopia del libretto delle vaccinazioni

RITIRO CERTIFICATO DI IDONEITÀ

Il certificato di idoneità può essere ritirato dall'utente o dalla società sportiva, previo appuntamento, presso la Segreteria nei seguenti orari: venerdì mattina (dalle ore 09.30 alle ore 12.30) e il martedì pomeriggio (dalle ore 15.00 alle ore 17.30).

MANCATO RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ

In caso di mancato ritiro del certificato di idoneità entro 30 giorni dalla data di refertazione, l'utente è tenuto al pagamento dell'intero costo della prestazione, come da tariffario regionale, anche se esente, come previsto dalla normativa vigente (Legge n. 412/91)

CONTATTI DELL'ISTITUTO

Lo sportello telefonico della Segreteria risponde dal lunedì al venerdì dalle ore 09.30 alle 10.30 e il martedì e giovedì dalle 17.00 alle 18.00.

Per appuntamenti e disdette verranno prese in considerazione unicamente le mail inviate a:
appuntamenti@istitutodimedicinadellosport.it.



Al Servizio Prenotazioni di Medicina Sportiva della ULSS2 – Distretto 7
c/o ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL
Via L. De Nadai, 4 – 31029 **Vittorio Veneto** (TV)
Mail: appuntamenti@istitutodimedecinadellosport.it – Tel. 0438/55.62.05 Fax 0438/94.37.01

Il sottoscritto _____ in qualità di Presidente della Società sportiva _____
con sede a _____ in _____ con Partita IVA _____ Cod. Fiscale _____
Telefono _____ E-Mail _____ iscritta al Registro C.O.N.I. in data ____/____/____ con numero _____

CHIEDE il rilascio del certificato di idoneità AGONISTICA alla pratica sportiva di _____ - secondo le tabelle "A" e "B" a norma del D.M. 18/02/1982 - per i sottoelencati atleti:

Cognome Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	1^ Visita SI' NO	Scadenza certificato	APPUNTAMENTO PER VISITA (data ed ora) (Spazio riservato ULSS2)	Codice Prenotazione (Spazio riservato ULSS2)

Il sottoscritto inoltre DICHIARA sotto la propria responsabilità che l'età di ingresso degli atleti all'attività agonistica è quella determinata dalla legittima Federazione Sportiva Nazionale e di essere inoltre a conoscenza della normativa sulla mancata disdetta (Delibera Regionale 600/2007).

Data _____

FIRMA E TIMBRO del Presidente

INTESTAZIONE ASSOCIAZIONE/ SOCIETA' SPORTIVA
completa di: indirizzo, recapito telefonico (dell'ufficio e del presidente),
e-mail e dati fiscali (C.F. e P.I)

Spett.le
ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT
E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL – FMSI
VIA LUIGI DE NADAI N. 4 - 31029 VITTORIO VENETO (TV)
Tel/Fax 0438-55.62.05 E-mail: segreteria@centromedicinadellosport.it

Il sottoscritto _____
in qualità di Presidente della associazione/società sportiva _____
iscritta nel Registro Ufficiale C.O.N.I. in data ____/____/____ con numero _____
ed affiliata alla seguente Federazione Sportiva Nazionale/ Discipline Sportive Associate/Ente di Promozione Sportiva
_____ con codice _____

FA DOMANDA

a codesto Istituto di Medicina dello Sport di rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva

AGONISTICA

per i sotto elencati atleti, secondo le tabelle “A” e “B” a norma del D.M. 18/02/1982.

N.	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	VIA E NUMERO CIVICO	COMUNE DI RESIDENZA	DATA SCAD. CERTIFICATO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Rappresentante ufficiale della
associazione/società sportiva.

Il Sottoscritto _____ in qualità di Presidente
dell' associazione/società sportiva di cui sopra dichiara sotto la propria responsabilità che l'età
di ingresso degli atleti all'attività agonistica è quello determinato dalla Federazione Sportiva
Nazionale.

Data _____

FIRMA E TIMBRO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

Il sottoscritto	_____	Codice fiscale	_____
Nato a	_____	In data	_____
Residente a	_____	Via	_____
Telefono	_____	Cellulare	_____
E-mail	_____		

In qualità di titolare della responsabilità genitoriale del minore

Nome e Cognome	_____	Codice fiscale	_____
Nato a	_____	In data	_____
Residente a	_____	Via	_____

Preso atto dell'Informativa e dei diritti a me riservati in tema di trattamento dei dati personali e dei dati personali del minore, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, al trattamento dei miei dati personali e dei dati personali del minore ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate e nei limiti di cui alla stessa.

☐ DA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Firma _____

Per quanto riguarda la comunicazione dei miei dati personali e dei dati personali del minore a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione del servizio, quali: attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati, attività bancaria e finanziaria.

☐ DA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Firma _____

Per quanto riguarda l'utilizzo dei miei dati personali per attività di E-mail Marketing / invio di SMS.

☐ DA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Firma _____

Solo ed esclusivamente a ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

Senza il consenso espresso del soggetto interessato (ai sensi dell'art 7 del Reg. UE 2016/679) non si potranno fornire i servizi e/o i prodotti richiesti, in tutto o in parte.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL, via L. De Nadai 4, Vittorio Veneto

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni, accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati e dei dati del minore.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

Il sottoscritto	_____	Codice fiscale	_____
Nato a	_____	In data	_____
Residente a	_____	Via	_____
Telefono	_____	Cellulare	_____
E-mail	_____		

Preso atto dell'Informativa e dei diritti a me riservati in tema di trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, al trattamento dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa, per le finalità indicate e nei limiti di cui alla stessa.

☐ DA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Firma _____

Per quanto riguarda la comunicazione dei miei dati personali a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione del servizio, quali: attività di elaborazione, registrazione e archiviazione dei dati, attività bancaria e finanziaria.

☐ DA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Firma _____

Per quanto riguarda l'utilizzo dei miei dati personali per attività di E-mail Marketing / invio di SMS.

☐ DA IL CONSENSO

☐ NEGA IL CONSENSO

Firma _____

Solo ed esclusivamente a ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL

Senza il consenso espresso del soggetto interessato (ai sensi dell'art 7 del Reg. UE 2016/679) non si potrà fornire all'interessato i servizi e/o i prodotti richiesti, in tutto o in parte.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL, via L. De Nadai 4, Vittorio Veneto

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 20 del Reg. UE 2016/679, per avere informazioni. accesso, portabilità, rettifica, cancellazione o limitazione sul trattamento dei Suoi dati.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)



**Al Servizio Prenotazioni di Medicina Sportiva della ULSS2 – Distretto 7
c/o ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ATTIVITA' MOTORIA SRL
Via L. De Nadai, 4 – 31029 Vittorio Veneto (TV)**

DELEGA DI ACCOMPAGNAMENTO

(per i minori di anni 18)

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in Via _____

DELEGO

Il/la sig/sig.ra _____

documento identificativo _____

nato a _____ il ____/____/____

- ad accompagnare in mia vece con piena responsabilità il minore presso l'Istituto di Medicina dello Sport di Vittorio Veneto per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica o non agonistica

Data ____/____/____

Firma del delegante

Firma del delegato

N.B.

La delega deve essere accompagnata da fotocopia del documento di identità del delegante e dal documento identificativo del delegato.