

CIRCOLARE N°12

22 settembre 2021

AI GENITORI E AGLI STUDENTI

OGGETTO: Certificato Medico Non Agonistico

Con la presente Vi informiamo che **a tutti gli studenti iscritti all'Istituto Leonardo da Vinci è richiesto il Certificato Medico Non Agonistico** per poter svolgere tutte le attività sportive interne ed esterne alla struttura scolastica.

Per ottenere il rilascio del certificato ci si può rivolgere al proprio medico curante o a tutti i centri abilitati a tale funzione.

Gli studenti che già svolgono un'attività sportiva agonistica possono consegnare al docente di Scienze Motorie copia del certificato medico in corso di validità già in loro possesso entro e non oltre il 20 ottobre 2021.

Per facilitare l'emissione del documento la scuola mette a disposizione, durante le mattinate di:

- **Mercoledì 29 settembre 2021 dalle ore 8.30 alle ore 13.00**
- **Venerdì 1 ottobre 2021 dalle ore 8.30 alle ore 13.00**

un professionista FMSI che svolgerà le visite nel rispetto delle regole vigenti post Covid e con tutti i requisiti necessari richiesti da normativa.

Le visite si svolgeranno nel seguente modo:

1. Compilazione anamnesi, modulo privacy e modulo triage Covid-19 (gli studenti minorenni dovranno presentarsi con modulo già compilato e firmato da un genitore);
2. Misurazione temperatura e consegna mascherina;
3. Sanificazione delle mani;
4. Visita medica completa + Esame obiettivo + Misurazione pressione arteriosa + Elettrocardiogramma (ECG) a riposo con elettrodi mono uso.

Il prezzo richiesto per il servizio è di € 32,00 (iva esente) da versare direttamente al medico in contanti o mezzo POS. Verrà rilasciata regolare fattura garantendo la detrazione fiscale del 19%.

Coloro che intendessero usufruire di tale convenzione dovranno prenotare la visita telefonando direttamente all'ufficio amministrativo della scuola (tel. 035.259090 int. 3).

Si allega:

1. **Delega minore da completare e firmare a cura del genitore** allegando copia carta identità;
2. **Modulo anamnestico da completare e firmare dal genitore (per minori)**
3. **Modulo triage Covid-19**

Si fa presente che in caso di documentazione incompleta lo studente minorenne non verrà ammesso alla visita medica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PROF. ING. LUCA RADICI

MODULO DELEGA MINORENNI

Io sottoscritto

Nato/a a il.....

esercente la potestà genitoriale sul MINORE

nato/a a il

in qualità di :

* *Genitore*

* *Altro* (specificare.....)

essendo impossibilitato ad accompagnare il minore alla visita medico sportiva così come altri eventuali esercenti la potestà genitoriale e rendendomi responsabile di quest'ultima affermazione al cospetto degli aventi diritto,

DELEGO

Il Docente Prof. _____
(indicare il nominativo dell'insegnante di Scienze Motorie)

nato/a a Il

ad accompagnare con piena responsabilità Sua Personale il citato minore alla visita medico sportiva non agonistica, a tal fine, sotto la mia responsabilità

DICHIARO

che il delegato MAGGIORENNE e munito di personale valido documento di identità, è stato da me informato circa la motivazione della visita cui sarà sottoposto il minore e consegnerà eventuale documentazione sanitaria in possesso.

Allego alla presente:

* *Copia di un valido documento d'identità del delegato*

* *Copia di un valido documento d'identità del delegante*

* *Foglio anamnesi compilato in ogni sua parte e firmato del genitore delegante*

Data _____

Firma del delegante *Firma del delegato*.....

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' FISICA

Cognome e Nome dell'Atleta _____ Nato/a a _____ Il _____

Residente a _____ Via _____ tel. _____

INFORMAZIONI RIFERITE AI FAMILIARI (genitori/fratelli/nonni)	SI	NO
DIABETE	___	___
IPERTENSIONE ARTERIOSA	___	___
MORTE IMPROVVISA GIOVANILE (<50 anni)	___	___
CARDIOPATIA ISCHEMICA o INFARTO	___	___
IPERCOLESTEROLEMIA	___	___
ALTRO	___	___
INFORMAZIONI RIFERITE ALL'ATLETA DA VISITARE		
Fumo		
Terapie farmacologiche in corso		
Diabete		
Epilessia		
Iperensione arteriosa		
Malattie e/o aritmie cardiache		
Allergie/asma		
ipercolesterolemia		
Infortuni – interventi chirurgici		
Svenimenti		

PER LE DONNE:

A che età hai avuto la prima mestruazione?

Le mestruazioni sono regolari?

Sport praticato: _____

Ha eseguito accertamenti **cardiologici** al di fuori di questa visita(ecocardio-holter24h-risonanza)?:

Il sottoscritto, dichiara di aver informato esattamente il medico delle mie/di mio figlio/a attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, dichiara inoltre che il sottoscritto/mio figlio/a non è mai stato ritenuto non idoneo, non ha in corso sospensioni o non è in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Il sottoscritto si impegna inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e da atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiara altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL GENITORE/TUTORE
(solo se l'atleta è minorenne)

Firma dell'Atleta o del Genitore/Tutore in caso di minore

INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL REGOLAMENTO 2016/679 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1.Per i 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 l'esclusivo fine di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla 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 art. 31 e seguenti del D.Lgs 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 ATS competente per territorio; in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate; 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 è il Dott. Enrico Gianmario Pozzi; 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 D.LGS 196/03

Apponendo la sua 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 in cui il consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

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

DATA _____ -

NOME E COGNOME IN STAMPATELLO DEL GENITORE/TUTORE
(solo se l'atleta è minorenne)

Firma dell'Atleta o del Genitore/Tutore in caso di minore

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente a _____

in via _____ telefono _____

consapevole delle responsabilità penali nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445

dichiara sotto la propria responsabilità:

1. Di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo per test molecolare ricerca Rna virale COVID-19 o a test sierologico per la ricerca di anticorpi.

2. Di non aver avuto negli ultimi 14 giorni :

Un contatto stretto con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di Covid-19

Sintomi riconducibili all'infezione da virus SARS-CoV-2 quali:

- Febbre > 37.5°C
- tosse secca
- respiro affannoso e difficoltà respiratoria
- dolori muscolari diffusi 1
- mal di testa
- raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)
- mal di gola
- congiuntivite
- diarrea
- perdita del senso del gusto/olfatto

3. Di aver preso atto dell'informativa esposta all'ingresso dei poliambulatori e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, inclusi quelli considerati come particolari categorie di dati.

Bergamo, il ____/____/____

Firma Utente _____