CIRCOLARE N°7 Bergamo,19 settembre 2022

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 28 ottobre 2022.

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

- **Venerdì 30 settembre (8:30-13:30)**
- **Venerdì 7 ottobre (8:30-13:30)**
- **Venerdì 14 ottobre (8:30-13:30)**
- **Venerdì 21 ottobre (8:30-13:30)**
- **Venerdì 28 ottobre (8:30-13:30)**

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 (gli studenti minorenni dovranno presentarsi con i moduli già compilati e firmati da un genitore);
2. 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 al numero 035/259090 interno 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

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 cosi come altri eventuali esercenti la potestà genitoriale e rendendomi responsabile di quest'ultima affermazione al cospetto degli aventi diritto,

DELEGO

Il Sig./ra ……

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 responsanilità

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 firmatop 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			
Ipertensione 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 _____