CIRCOLARE N° 46 Bergamo, 25 Ottobre 2023

AI GENITORI E AGLI STUDENTI
OGGETTO: Certificato Medico Non Agonistico

Con la presente Vi informiamo che, considerate le numerose richieste ricevute, abbiamo inserito nuove date per poter prenotare la visita medica in Istituto per il rilascio del certificato medico non agonistico.
Un professionista FMSI sarà presente durante le mattinate di

- **Venerdì 3 novembre (11:00-13:00)**
- **Lunedì 6 novembre (9:00-13:00)**

La visita deve essere prenotata al seguente link accedendo con l'account Leomail dello studente:

https://forms.gle/yM8wHGCyBpPXXCa88

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 **€ 35,00** (iva esente) da versare direttamente al medico in contanti o mezzo POS.
Verrà rilasciata regolare fattura garantendo la detrazione fiscale del 19%.
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

Ricordiamo che in caso di documentazione incompleta o mancante <u>lo studente minorenne non verrà ammesso alla visita medica</u>.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Ing. Luca Radici

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO D.M.APRILE 2013

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata in data odierna, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dell'ECG eseguito, non presenta controindicazioni in atto, clinicamente rilevabili, alla pratica di attività sportiva non agonistica, ai sensi della legge 30 ottobre 2013 n.128 e successive modifiche.

Il **presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, salvo comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire a mancare la suddetta idoneità.**

Note _____

_____

_____ il_____

_____
Timbro e firma del medico

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** _____

Telefono _____ **Codice Fiscale**_____

INFORMAZIONI RIFERITE AI FAMILIARI	SI	NO	
DIABETE MELLITO	__	___	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	__	___	Statura cm _____
MORTE IMPROVVISA GIOVANILE (<50 anni)	__	___	
CARDIOPATIA ISCHEMICA o INFARTO	__	___	Peso kg _____
IPERCOLESTEROLEMIA	__	___	
ALTRO	__	___	Pressione Arteriosa _____ mmHg

INFORMAZIONI RIFERITE ALL'ATLETA	SI	NO	
Fumo			
Terapie farmacologiche in corso			
Diabete mellito			
Epilessia			
Ipertensione arteriosa			
Malattie e/o aritmie cardiache			
Allergie/asma			
ipercolesterolemia			
Infortuni			
Interventi chirurgici			
Altro			
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 (ecocardiocolordoppler, test da sforzo, holter 24h, risonanza cardiaca)?

_____

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……...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

LUOGO _____ 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