



CONSENSO ALLA GESTIONE DEI DATI SANITARI PER LA PRIVACY

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Mail _____

(Se necessario in caso di atleti minorenni) In qualità di MADRE esercente la patria potestà del minore sotto indicato
e (se necessario)

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Mail _____

(Se necessario in caso di atleti minorenni) In qualità di PADRE esercente la patria potestà del minore sotto indicato

Dati del minore

(SE NECESSARIO)

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____

il ____/____/____ Residente a _____ Via _____

FERME RESTANDO LE VALUTAZIONI DI IDONEITA' MEDICO SPORTIVA, FORNISCE ALLA SOCIETA' BIELLA RUGBY 1977 LE SEGUENTI
INFORMAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE DELL'ATLETA, AL FINE DI GARANTIRNE LA MIGLIOR TUTELA IN CASO DI NECESSITA'
(crociare le voci di interesse e compilare se necessario)

ALLERGIE

O NO

O SI (specificare)

O medicinali _____

O insetti _____

O alimentari _____

O altro _____

Si manifestano con:

O crisi asmatiche

O reazioni cutanee

O rinite / congiuntivite allergica

O shock anafilattico

Vi è necessità di trattamento con farmaci d'emergenza

O NO

O SI (Quali?) _____

Se l'atleta utilizza abitualmente farmaci antiasmatici (beta-bloccanti e cortisonici in particolare) è necessario produrre certificazione medica specialistica
relativa alla necessità di trattamento.

ALTRI TIPI DI INTOLLERANZA

Celiachia O NO O SI

Favismo O NO O SI

Latticini O NO O SI

Altro (specificare) O NO O SI _____

DIABETE

O NO O SI

Terapia con insulina O NO O SI

DIETE SPECIALI

O NO O SI (specificare) _____

ASSUME FARMACI PER DIMAGRIRE

O NO O SI (specificare) _____

(alcuni farmaci contengono principi attivi vietati nella pratica sportiva)

USA LENTI CORRETTIVE

O NO

O SI tipo _____

a contatto O NO

O SI

INTERVENTI CHIRURGICI PRECEDENTI (indicare anno e intervento)

TRAUMI PRECEDENTI

FRATTURE O NO O SI (specificare) _____

(indicare anno e ossa interessate, specificando se a destra o sinistra)

HA ANCORA MEZZI DI OSTEOSINTESI (PLACCHE, VITI, ETC.) O NO O SI (specificare) _____

LUSSAZIONI O NO O SI _____

(indicare anno e articolazioni interessate, specificando se a destra o sinistra)

DISTORSIONI O NO O SI _____

(indicare anno e articolazioni interessate, specificando se a destra o sinistra)

E' IN TERAPIA CON

per _____

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Biella, _____

Firma _____

Firma _____



CHIARIMENTI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il presente modulo nasce dall'esigenza, da parte dell'ASD BIELLA RUGBY CLUB, di assumere un set di informazioni utili al fine di consentire all'allenatore e/o agli accompagnatori di assistere l'atleta in occasioni di trasferte e manifestazioni sportive ed extra-sportive, in caso di necessità logistiche o sanitarie.

La presenza di **patologie croniche o d'esiti di interventi o fratture** comporta che l'avvio o ripresa dell'attività agonistica sia supportata da una certificazione medico sportiva e/o specialistica.

La certificazione medica specialistica è comunque richiesta, in presenza di patologie croniche, se l'atleta assume o ha assunto nella settimana prima dell'evento agonistico **farmaci** i cui principi attivi siano compresi nell'elenco delle sostanze vietate (consultarsi con lo specialista o con il medico della società in caso di dubbio), anche per uso esterno.

La certificazione medica, anche non specialistica, è invece richiesta se l'atleta assume o ha assunto nella settimana prima dell'evento agonistico farmaci i cui principi attivi siano compresi nell'elenco delle sostanze vietate, quando ciò derivi da malattie acute (ad esempio, antinfiammatori, anti-tosse, cortisonici, broncodilatatori, etc.) anche per uso esterno (consultarsi con il medico o con il medico della società in caso di dubbio).

Le certificazioni di cui sopra dovranno essere consegnate all'accompagnatore della squadra.

Ciò in quanto ai fini di eventuali accertamenti antidoping, è essenziale che la sussistenza di tali condizioni sia documentata in sede di consegna del foglio-gara.

È quindi opportuno che l'atleta non assuma integratori non certificati come privi di sostanze dopanti, e non assuma farmaci senza consultarsi con il medico.

La **scheda anamnestica** di cui al presente modulo, e le **certificazioni mediche** di cui sopra, dovranno essere consegnate all'accompagnatore insieme al **certificato vaccinale relativo alla vaccinazione antitetanica, per essere inserite nella documentazione ufficiale della squadra**, ed eventualmente in forma sintetica su supporto informatico. Tali documentazioni potranno essere visionate solo da medici e personale sanitario in staff alla società, o da strutture sanitarie o professionisti incaricati dalla Società allo svolgimento di attività sanitarie a favore degli atleti, o da professionisti adibiti a pronto intervento sui campi di allenamento e da gioco, o ancora da strutture sanitarie pubbliche.

L'aggiornamento della documentazione dovrà essere richiesto all'accompagnatore, che può riservarsi di acquisire direttamente le informazioni dall'atleta o dalla sua famiglia, se minore.

Si precisa che in caso di minori, per ogni necessità di accertamento radiodiagnostico, di somministrazione di farmaci o di trattamento, i famigliari verranno di volta in volta interpellati dall'accompagnatore al fine di fornire il proprio consenso, fatte salve le cause di assoluta emergenza.

Certificati di idoneità agonistica.

L'accompagnatore della squadra, o altro soggetto delegato dalla Società, prenoterà l'atleta minorenni presso il Servizio di Medicina Sportiva dell'ASL 12 per l'effettuazione delle visite di idoneità sportiva e procederà al ritiro della relativa certificazione, di cui copia potrà essere richiesta per ogni necessità. Ove l'atleta minorenni fosse residente in altra ASL o Regione, la prenotazione dovrà essere fatta dalla famiglia presso il Servizio di Medicina Sportiva di tale ASL; l'accompagnatore indicherà tale esigenza e fornirà il modulo intestato e firmato da completare.

Se l'atleta è di età inferiore ai 14 anni, su richiesta dell'accompagnatore o delegato la certificazione di idoneità sportiva dovrà essere raccolta a cura della famiglia presso il pediatra di libera scelta; la certificazione dovrà essere poi consegnata all'accompagnatore.

Nel caso di atleti maggiorenni, l'accompagnatore della squadra, o altro soggetto delegato dalla Società indicherà tale esigenza e fornirà il modulo intestato e firmato da completare al giocatore, che provvederà personalmente e a proprio onere alla prenotazione della visita presso la struttura desiderata, ed al successivo ritiro del certificato da consegnare poi all'accompagnatore.

Il certificato di idoneità agonistica è documento obbligatorio per lo svolgimento di attività ufficiali e viene inserito nella documentazione ufficiale della squadra.

L'eventuale rinvio dell'atleta ad accertamenti specialistici da parte del medico sportivo, senza rilascio del certificato, o il mancato svolgimento della visita dovranno essere subito comunicati all'accompagnatore o al delegato della società, affinché ne sia informato l'allenatore.

Gli atleti (e se minori, le famiglie) sono pregate di collaborare affinché le visite, e gli eventuali accertamenti specialistici richiesti dal medico sportivo, vengano svolte nel più breve tempo possibile, compatibilmente con i tempi di attesa delle strutture sanitarie di riferimento.

Il sottoscritto/i _____ / _____ in qualità di esercente/i la patria potestà di _____ (SE NECESSARIO) al momento dell'iscrizione del giocatore/giocatrice nella squadra di categoria d'appartenenza del Biella Rugby Club, **preso atto di quanto contenuto nel precedente paragrafo "CHIARIMENTI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA"** dà il suo consenso, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, alla gestione delle informazioni sanitarie contenute nel presente modulo da parte dell'accompagnatore della squadra e/o di altra persona delegata dalla Società, nei modi e nei termini contenuti in tale paragrafo; dà inoltre il suo consenso alla gestione del certificato di idoneità sportiva e del certificato vaccinale antitetanico nei modi e nei termini contenuti in tale paragrafo.

Biella, _____

Firma _____

Firma _____

PS: Ai sensi della legge 54/2006 - Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli - "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Nota bene

Si fa presente che in ogni momento è possibile richiedere modifiche dei dati, o modificazioni del presente consenso, rivolgendosi direttamente all'accompagnatore della squadra. In caso di mancato rinnovo del tesseramento, automaticamente si considera annullato il presente consenso, e la scheda di cui al presente modulo e la restante documentazione sanitaria verranno conservate in plico chiuso per un periodo di 5 anni presso la segreteria della Società, e successivamente avviata a distruzione. In caso di cambio di squadra, la scheda di cui al presente modulo e la documentazione sanitaria relativa all'atleta verranno trasferite all'accompagnatore della nuova squadra.