

Dr Gianfranco Stupar

*Specialista in Medicina dello Sport e in Medicina Interna
Socio Ordinario F.M.S.I. (tessera n°14403) – C.I.A.R.M.S. FVG: 37019*

Ambulatori: c/o Istituto Eliakos Sas Via Alfredo Oriani, 4 – 34131 Trieste
c/o Poliambulatorio S.Marco Contrada Collalto, 15/A – 33057 Palmanova (UD)
tel. 339 1139977

- **DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI**
- **CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI Decreto Legislativo 196/2003**
- **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI**
- **DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'**

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva ed eventualmente all'esecuzione della prova da sforzo (test dello scalino per tre minuti - Step Test).

Ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali"), avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Inoltre delego i dirigenti preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

..... li ____/____/____

Firma del dichiarante

(o di genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

Sono interessato a ricevere via e-mail, gratuitamente e senza impegno alcuno, potendo in ogni momento revocare liberamente la mia disponibilità, notizie ed aggiornamenti riguardanti le iniziative ed i servizi offerti dall'Ambulatorio del dott. Stupar per la tutela sanitaria delle attività sportive e per la promozione della salute e del benessere della persona e della comunità.

SONO INTERESSATO AD ESSERE AVVISATO VIA E-MAIL ALLA SCADENZA DEL PERIODO DI VALIDITA' DEL CERTIFICATO DI IDONEITA', IN TEMPO UTILE PER IL RINNOVO.

Indirizzo e-mail: _____

Firma

.....