

## Visita di idoneità sportiva agonistica

### AVVERTENZE PER L'ATLETA

#### ESAMI DEL SANGUE PER ATLETI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 40 ANNI

Gli atleti di **età maggiore o uguale a 40 anni** dovranno presentare i seguenti esami del sangue, eseguiti entro i 6 mesi precedenti la data della visita di idoneità agonistica: **emocromo; glicemia; colesterolo totale; HDL; LDL; trigliceridi; creatinina; AST; ALT; gamma-GT; uricemia; CPK; sodio (Na); potassio (K); esame urine completo.**

#### DISCIPLINE SPORTIVE A ELEVATO IMPEGNO O RISCHIO

Si informa che, per le discipline sportive classificate a elevato impegno o rischio, **a partire dalla categoria B2 e superiori**, ad esempio sport di combattimento, i protocolli ministeriali prevedono l'esecuzione di accertamenti sanitari integrativi obbligatori.

#### ATLETI MINORENNI

Per l'esecuzione della visita e per il ritiro del relativo certificato, l'atleta minorenni dovrà essere accompagnato da un genitore o da un maggiorenne munito di delega. In caso di accompagnamento da parte di una persona delegata, sarà necessario presentare:

- la delega firmata da uno dei genitori o da chi esercita la responsabilità genitoriale;
- una copia del documento d'identità del delegante;
- una copia del documento d'identità del delegato.

#### IL GIORNO DELLA VISITA

Presentarsi almeno 10 minuti prima dell'orario previsto. In caso di ritardo, la visita potrà non essere effettuata.

#### Documenti obbligatori

- Documento d'identità in corso di validità
- Modulistica fornita, compilata e firmata

#### Documentazione sanitaria (se disponibile)

Portare eventuali:

- esami e referti medici
- documentazione di ricoveri, dimissioni ospedaliere o accessi al pronto soccorso
- referti di precedenti visite di idoneità sportiva agonistica

#### Consigli prima della visita

- Indossare abbigliamento sportivo adatto alla prova da sforzo.
- Non presentarsi a digiuno; pasto leggero 1-2 ore prima.
- Non assumere sostanze stimolanti (caffè, tè, energy drink, ecc.) nelle ore precedenti.
- Non fumare nelle 3 ore precedenti la visita.

### INFORMAZIONI SULLA PROVA DA SFORZO

La valutazione cardiaca comprende una prova da sforzo: cicloergometro per gli atleti di età pari o superiore a 35 anni, step test per i più giovani. Il carico viene aumentato gradualmente fino alla frequenza cardiaca prevista o, nei test massimali, fino al massimo sforzo sostenibile, e viene interrotto non appena il medico lo ritiene opportuno.

La prova è sempre preceduta da una valutazione medica che accerta l'assenza di condizioni che ne richiedano il rinvio, e si svolge alla presenza di personale formato e di apparecchiature pronte a fronteggiare eventuali emergenze.

Durante l'esecuzione possono comparire disturbi quali dolore toracico, difficoltà respiratoria, palpitazioni o senso di mancamento: in tal caso avverta subito il personale medico o infermieristico. Come ogni indagine, anche se eseguita correttamente e secondo le più aggiornate conoscenze mediche, la prova comporta un margine di rischio. Può revocare il proprio consenso in qualsiasi momento.

## Richiesta di visita medica per l'idoneità allo sport agonistico

### DATI DELL'ATLETA

COGNOME \*

NOME \*

COMUNE DI NASCITA

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA) \*

DOCUMENTO D'IDENTITÀ N. \*

TELEFONO

COMUNE DI RESIDENZA

CAP

INDIRIZZO (VIA/PIAZZA)

N. CIVICO

ULSS DI RESIDENZA \*

\* Campi obbligatori: senza queste informazioni la pratica non può essere completata.

### SPORT PER CUI SI RICHIEDE L'IDONEITÀ

Per **prima affiliazione** si intende la prima visita in assoluto dell'atleta, richiesta per qualsiasi sport. Tutte le visite successive, anche se relative a sport diversi, sono da considerarsi **rinnovi**.

SPORT PRATICATO

SOCIETÀ SPORTIVA

☐

Prima affiliazione

☐

Rinnovo

### SPORT AGGIUNTIVO (SE RICHIESTO)

SPORT PRATICATO

SOCIETÀ SPORTIVA

☐

Prima affiliazione

☐

Rinnovo

DATA (GG/MM/AAAA)

FIRMA

---

Del genitore/tutore se l'atleta è minorenne.

## Questionario anamnestico

Le chiediamo di compilare il questionario in ogni sua parte, con precisione e sincerità: le informazioni fornite sono coperte da segreto professionale e vengono utilizzate esclusivamente a fini clinici. Se risponde **Sì** a una domanda, utilizzi lo spazio sottostante per indicare i dettagli.

### STORIA FAMILIARE

Risponda in base a quanto è a Sua conoscenza sui Suoi familiari (genitori, nonni, zii, fratelli e sorelle).

| DOMANDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SÌ                       | NO                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> In famiglia ci sono stati decessi per problemi cardiaci, oppure morti improvvise, inaspettate o inspiegate prima dei 50 anni di età (incluso infarto miocardico precoce, annegamento, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile)?                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SE SÌ, SPECIFICARE <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| <b>2</b> In famiglia ci sono casi di svenimenti inspiegabili, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati o quasi annegamenti?                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SE SÌ, SPECIFICARE <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| <b>3</b> In famiglia ci sono casi di malattie cardiache invalidanti, pacemaker o defibrillatore impiantato, trapianto cardiaco, interventi di chirurgia cardiaca, o cure per aritmie (battito cardiaco irregolare)?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SE SÌ, SPECIFICARE <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| <b>4</b> In famiglia sono note diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica o dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, oppure cardiopatia ischemica insorta prima dei 55 anni (uomini) o dei 65 anni (donne)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SE SÌ, SPECIFICARE <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| <b>5</b> In famiglia sono presenti casi di diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma o allergie, malattie respiratorie, neurologiche o del sangue?                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SE SÌ, SPECIFICARE <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |

## STORIA PERSONALE

Le domande seguenti riguardano la Sua storia clinica personale.

| DOMANDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SÌ                       | NO                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> Ha mai avuto una perdita di coscienza (svenimento/sincope) o una sensazione di quasi svenimento?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2</b> Ha mai avuto un malessere, dolore al torace, senso di pressione o costrizione toracica?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3</b> Ha mai avuto capogiri o vertigini?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4</b> Ha mai avuto fiato corto (affanno) o una fatica eccessiva, superiore a quella attesa o rispetto ai Suoi compagni?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5</b> Ha mai avuto problemi respiratori (difficoltà a respirare, costrizione toracica, respiro sibilante, tosse)?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6</b> Ha mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o irregolare, con la sensazione che salti qualche battito (extrasistole)?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7</b> Un medico Le ha mai detto che ha un problema cardiaco, la pressione arteriosa alta, il colesterolo alto, un soffio al cuore, un'aritmia cardiaca, un'infezione cardiaca nell'ultimo mese (ad esempio miocardite o mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata o la febbre reumatica?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8</b> Un medico Le ha mai detto che ha asma, epilessia o crisi convulsive, diabete, obesità, malattie ortopediche, neurologiche o respiratorie, oppure altri problemi di salute che limitano l'attività sportiva?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9</b> Un medico Le ha mai prescritto un esame cardiologico, ad esempio ECG (elettrocardiogramma), Holter (registrazione dell'elettrocardiogramma nelle 24 ore) o ecocardiogramma?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10</b> Ha allergie note (ad esempio a pollini, polvere, farmaci, alimenti, punture d'insetto)?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11</b> Ha mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo lo sforzo fisico?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12</b> Sta attualmente seguendo una cura o assumendo farmaci di qualsiasi tipo, su prescrizione medica o da banco (senza ricetta), comprese pillole o inalatori?<br>SE SÌ, SPECIFICARE _____                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ALTRE NOTIZIE

 PESO (KG)  ALTEZZA (CM) 

 Fuma? sì ☐ NO ☐

SIGARETTE AL GIORNO DA QUANTI ANNI ETÀ DI INIZIO ETÀ DI FINE (SE HA SMESSO)

   

 Beve alcolici? sì ☐ NO ☐

QUANTITÀ ETÀ DI INIZIO ETÀ DI FINE (SE HA SMESSO)

  

 Utilizza stupefacenti? sì ☐ NO ☐

 SE SÌ, QUALI 

Quanti caffè beve al giorno?

☐ Nessuno ☐ 1-3 caffè ☐ 3-5 caffè ☐ Oltre 5 caffè

## DA COMPILARE SOLO DALLE ATLETE

ETÀ DELLA PRIMA MESTRUAZIONE DATA DELL'ULTIMA MESTRUAZIONE

 

 Soffre di disturbi del ciclo? sì ☐ NO ☐

 Assume anticoncezionali? sì ☐ NO ☐

## STORIA SPORTIVA

Indichi tutti gli sport praticati, compresi quelli interrotti.

| SPORT                | DALL'ETÀ             | ALL'ETÀ              | DURATA ALLEN. (MIN)  | ALLENAMENTI/SETT.    | GARE/SETT.           |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto / la sottoscritta dichiara:

- di aver informato in modo completo e veritiero il medico circa le proprie attuali condizioni psicofisiche e le patologie pregresse;
- di non essere mai stato dichiarato/a non idoneo/a in precedenti visite sportive di legge;
- di impegnarsi a non fare uso di sostanze stupefacenti illegali, dichiarando di essere informato/a sui rischi legati al fumo di tabacco e al consumo di alcol;
- di voler essere sottoposto/a a esame strumentale per la valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro o step test, essendo consapevole che tale test verrà immediatamente sospeso dall'équipe medica in presenza di un rischio anche minimo, e potrà comunque essere interrotto in qualsiasi momento su richiesta del soggetto esaminato — fermo restando che l'esame si considera comunque eseguito ai fini amministrativi.

**FIRMA**
**DATA (GG/MM/AAAA)**


Del genitore/tutore se l'atleta è minorenne.

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Il **Poliambulatorio Valentini Srl**, con sede a Padova in Piazzetta Conciapelli 23, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i Suoi dati personali — compresi i dati relativi allo stato di salute, appartenenti alle categorie particolari di dati di cui all'art. 9 GDPR — saranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

### FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati sono raccolti e trattati per: a) l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta, ossia la visita per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica e i relativi accertamenti (base giuridica: art. 9, par. 2, lett. h GDPR — finalità di medicina preventiva, diagnosi e cura); b) gli adempimenti contrattuali connessi al rapporto di fornitura del servizio (art. 6, par. 1, lett. b GDPR); c) gli obblighi di legge in materia fiscale, contabile e amministrativa, quali fatturazione, registrazioni obbligatorie e pagamenti (art. 6, par. 1, lett. c GDPR).

### MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento è effettuato da personale espressamente autorizzato e istruito, sia in forma cartacea sia mediante sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire e trasmettere i dati, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con misure tecniche e organizzative adeguate a garantirne la sicurezza.

### NATURA DEL CONFERIMENTO E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Il conferimento dei dati, compresi quelli relativi allo stato di salute, è necessario per l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta. Il rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di effettuare la visita, di rilasciare il relativo certificato di idoneità e di dare seguito al rapporto, nonché l'impossibilità di eseguire le operazioni che presuppongono la comunicazione dei dati ai soggetti indicati di seguito.

### COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati possono essere comunicati, per le finalità sopra indicate, a: professionisti e consulenti incaricati delle prestazioni di assistenza fiscale e contabile; strutture sanitarie e ULSS competenti, incaricate dell'esecuzione o della raccolta dei dati di parte delle prestazioni; enti pubblici e autorità amministrative, a seguito di ispezioni, verifiche o altri obblighi di legge. I dati appartenenti alle categorie particolari (dati sensibili) **non sono in alcun caso oggetto di diffusione**.

### PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati sono conservati per il tempo necessario alle finalità indicate e comunque nei termini previsti dalla normativa sanitaria vigente per la documentazione clinica e dalla normativa fiscale e civilistica per i documenti contabili.

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR — accesso ai dati, rettifica, cancellazione, limitazione del trattamento, opposizione e portabilità — rivolgendosi al Titolare del trattamento, nella persona dell'Amministratore delegato, domiciliato a tal fine presso la sede della Società. Ha inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa sopra riportata e, consapevole che il trattamento riguarda anche dati idonei a rivelare lo stato di salute (categorie particolari di dati ex art. 9 GDPR), **esprime il proprio consenso** al loro trattamento secondo le modalità e le finalità indicate. La firma apposta in calce vale come consenso.

DATA (GG/MM/AAAA)

FIRMA LEGGIBILE

Del genitore/tutore se l'atleta è minorenne.