

Informativa ai sensi dell'EX art 13 del D. Lgs 196/2003 per il trattamento di dati personali

- 1) **Per dati personali s'intendono**, ai sensi della seguente 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 D.M.18/02/1982 e 04/03/1993
 - quelli spontaneamente da Lei forniti
- 2) **I dati vengono da noi raccolti** con l'esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e dalla Legge Regionale 66/1981.
- 3) **I dati verranno riportati** su "Schede di valutazione medico sportiva" e verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo gli art. 31 e seguenti del D. Lgs. 193/03).
- 4) **I dati verranno comunicati:**
 - senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento
 - in chiaro all'A.S.L- competente per il territorio
 - in forma anonima alla U.O. Prevenzione Generale Sanità della Regione Lombardia per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate
- 5) **Richiamiamo integralmente**, ai sensi dell'art. 7 D. Lgs 196/03, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.
- 6) **Le segnaliamo** che il **Titolare del trattamento** ad ogni effetto di Legge è l'Ambulatorio Medico Sportivo SANTA CRESCENZA s.r.l. in persona del Direttore Sanitario (o Legale Rappresentante) e che il **Responsabile del trattamento** è la Dr. ssa Adelia Gementi Responsabile dell'Ambulatorio.
- 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. 193/03

Apponendo la firma in calce al seguente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto **1**.
- la comunicazione dei dati a terzi ai sensi del precedente punto **4**.

Dati del genitore/ tutore dell'atleta minorenni

Nome e Cognome.....Cod.Fiscale.....

Nato/a.....il.....

Data.....

.....
Firma leggibile dell'interessato/a o del
tutore se minore

Ambulatorio Medico Sportivo
SANTA CRESCENZA srl

Via Santa Crescenza, 1 – 20013 MAGENTA tel. 02 97291401 – Fax 02 97299195
Direttore Sanitario Dr.ssa Adelia Gementi Specialista in Medicina dello Sport
www.santacrescenza.it e-mail ambulatoriomedicosportivo@santacrescenza.it