

COGNOME E NOME: (in stampatello) _____ nato il _____

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI MINORI PER IL TRATTAMENTO:
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al
trattamento dei dati personali**

I servizi da te richiesti appartengono, secondo le norme, alla cosiddetta società dell'informazione ed è possibile erogarli anche a te che sei minore purché tu abbia compiuto almeno 16 anni, ti forniamo alcune informazioni che è necessario che tu conosca, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti della nostra clientela di cui tu fai parte, è parte fondamentale della nostra attività.

Sappi quindi che CENTRO DE RUVO S.R.L. (nel seguito la "Società" o il "Titolare"), con sede legale in PARUZZARO (NO), in VIA MONTE ROSA 30 e P. IVA 01979930037 è il titolare del trattamento dei tuoi dati, e per questo è obbligato, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali ("GDPR"), a fornirti delle specifiche informazioni in merito al trattamento dei tuoi dati personali che sarà effettuato.

Prima di leggere tutto quello che per legge siamo obbligati a riportare, ci preme farti sapere innanzi tutto che se vorrai ottenere qualsiasi tipo di informazione sui tuoi dati che gestiamo puoi rivolgerti a: CENTRO DE RUVO S.R.L.

- Tipo contatto: MAIL
- Indirizzo: danieladenaro@yahoo.it

1. Tipologia di dati trattati

La Società è titolare del trattamento dei dati personali comunicati dall'Utente allo scrivente e comprendono:

- Abitudini di vita e di consumo;
- Carte sanitarie
- Codice fiscale e altri numeri di identificazione personale;
- Dati biometrici;
- Dati genetici;
- Dati relativi alla famiglia o a situazioni personali;
- Idoneità al lavoro
- Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale;
- Indirizzi e-mail;
- Sesso;
- Stato di salute: anamnesi familiare;
- Stato di salute: patologie attuali;
- Stato di salute: patologie pregresse;
- Stato di salute: relativo a famigliari;
- Stato di salute: terapie in corso.

2. Finalità del trattamento

Il trattamento dei Dati è effettuato dalla Società nello svolgimento delle sue attività. In particolare, i Dati forniti dagli Interessati saranno oggetto di trattamento, con strumenti informatici e non, per le seguenti finalità:

- a) Adempimenti commerciali, contabili e fiscali;
 - Il criterio di liceità per il quale si rende possibile il trattamento è: il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso.
 - L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità;
 - Il cui fondamento trova riscontro in una base giuridica: Norma Unione
- b) Diagnosi, cura e terapia pazienti;
 - Il criterio di liceità per il quale si rende possibile il trattamento è: il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso.
 - L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità;
 - Il cui fondamento trova riscontro in una base giuridica: Norma Unione
- c) Gestione Prenotazioni
 - Il criterio di liceità per il quale si rende possibile il trattamento è: il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso.
 - L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità;
 - Il cui fondamento trova riscontro in una base giuridica: Norma Unione
- d) Registrazione Pazienti e gestione amministrativa
 - Il criterio di liceità per il quale si rende possibile il trattamento è: il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso.
 - L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità;
 - Il cui fondamento trova riscontro in una base giuridica: Norma Unione

I dati trattati non sono stati raccolti presso l'interessato

Il conferimento dei dati per i seguenti fini è facoltativo, ma l'eventuale mancato conferimento dei dati stessi e il rifiuto a fornirli comporterebbero l'impossibilità per la società di eseguire e/o stipulare il contratto ed erogare le prestazioni richieste dallo stesso.

3. Modalità del Trattamento

I Dati saranno trattati dalla Società con sistemi elettronici e manuali secondo i principi di correttezza, lealtà e trasparenza previsti dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali e tutelando la riservatezza dell'Interessato tramite misure di sicurezza tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato

4. Conservazione dei dati

I Dati forniti dall'Interessato saranno trattati per il periodo necessario per l'esecuzione delle prestazioni mediche richieste

5. Comunicazione, diffusione e trasferimento dei Dati

I Dati saranno trattati, nei limiti di quanto necessario, dal personale autorizzato, adeguatamente istruito e formato, del Titolare nonché dal personale dei soggetti terzi che prestano servizi al Titolare ed effettuano trattamenti di Dati per conto e su istruzione di quest'ultimo quali responsabili del trattamento.

In caso di comunicazione a terzi i destinatari potranno essere:

Categorie:

Destinatari:

Società e imprese (nello specifico società sportive)	Asl
Banche e Istituti di credito	Aziende ospedaliere
Banche e Istituti di credito	Regioni
Organismi sanitari, personale medico e paramedico	

Più in generale, nello svolgimento delle proprie attività ordinarie aziendali i Dati potranno essere comunicati a soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dal Titolare, consulenti e liberi professionisti nel contesto di servizi di assistenza fiscale, enti e amministrazioni pubbliche, nonché a soggetti legittimati per legge a ricevere tali informazioni, autorità giudiziarie italiane e straniere e altre pubbliche autorità, per le finalità connesse all'adempimento di obblighi legali, o per l'espletamento delle obbligazioni assunte e scaturenti dalla relazione contrattuale, compreso per esigenza di difesa in giudizio. I dati di contatto potrebbero essere comunicati per esigenze del tutto occasionali a clienti e/o fornitori del Titolare, ad esempio qualora debbano collaborare con tali soggetti ai fini della prestazione dei servizi.

7. Ulteriori soggetti collegati al trattamento

Responsabile/i:

- Nome e Cognome: Daniela Denaro
- Codice fiscale: DNRDNL70A54H224N

8. Quali sono i diritti dell'Interessato

L'Interessato potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati ivi descritto, i diritti previsti dal GDPR (artt. 15-21), ivi inclusi:

- ricevere conferma dell'esistenza dei Dati e accedere al loro contenuto (diritti di accesso);
- aggiornare, modificare e/o correggere i Dati (diritto di rettifica);
- chiederne la cancellazione o la limitazione del trattamento dei Dati trattati in violazione di legge compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i Dati sono stati raccolti o altrimenti trattati (diritto all'oblio e diritto alla limitazione);
- opporsi al trattamento (diritto di opposizione);
- proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali www.garanteprivacy.it) in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali;
- ricevere copia in formato elettronico dei Dati che lo riguardano come Interessato, quando tali Dati siano stati resi nel contesto del contratto e chiedere che tali Dati siano trasmessi ad un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità dei dati).

Per esercitare tali diritti l'Interessato può contattare il Titolare del trattamento inviando una comunicazione a: danieladenaro@yahoo.it. Nel contattarci, l'interessato dovrà accertarsi di includere il proprio nome, email/indirizzo postale e/o numero/i di telefono per essere sicuro che la sua richiesta possa essere gestita correttamente.

FIRMA: _____

SOLO RIPOSO

CON SFORZO

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

- Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo ecc.)
Indicare quale patologia e grado di parentela _____
- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) _____
- Diabete (indicare chi) _____ • Iperensione (indicare chi) _____
- Altro _____

Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare? (Ecocardiogramma, Holter, Test massimale, altro...e per quale motivo) _____

Ha/Ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Iperensione | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Malattie reumatiche | <input type="checkbox"/> Polmonite | <input type="checkbox"/> Mononucleosi | <input type="checkbox"/> Pneumotorace |
| <input type="checkbox"/> Epatite virale | <input type="checkbox"/> Monorene | <input type="checkbox"/> Monorchide(un solo testicolo) | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici/comportamentali | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Altro | _____ | | |

E' mai svenuto?(sincopi/lipotimie) _____ **Fuma?** _____

E' stato operato di:

- | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tonsillectomia | <input type="checkbox"/> Adeinoidectomia | <input type="checkbox"/> Appendicectomia | <input type="checkbox"/> Ernia | <input type="checkbox"/> Meniscectomia DX SX |
| <input type="checkbox"/> Ricostruzione Legamento Crociato DX SX | <input type="checkbox"/> Varicocele | <input type="checkbox"/> Testicolo ritenuto | | |
| <input type="checkbox"/> Altre operazioni | _____ | | | |

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? Se si, precisare quando e per quali motivi _____

Ha riportato fratture o altri infortuni? Se si, precisare quando e in quale parte del corpo _____

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se si, quali? _____

In questo periodo sta seguendo qualche cura? SI NO

Se si, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo? _____

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non: essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) _____

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente ad essere sottoposto al test da sforzo al cicloergometro. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro sintomo. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) _____

Il Medico _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

nato/a _____ il ____ / ____ / _____

e residente in _____

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea superiore a 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede,

(data e firma)