

NOTE INFORMATIVE

E' fatto divieto di esecuzione del test da forza qualora l'atleta fosse febbrile o infortunato.

E' tassativo per gli atleti minorenni presentarsi alla visita di idoneità sportiva accompagnati da un genitore o da chi ne esercita la patria potestà.

Per l'esecuzione del test ergometrico massimale (prova da sforzo al tapis roulant o cicloergometro) è necessario che l'atleta si depili il torace per favorire l'adesione degli elettrodi.

Tutti gli atleti sono tenuti a:

- Presentarsi 30 minuti prima dell'orario dell'appuntamento;
- Esibire eventuali accertamenti medici precedenti, in particolare quelli di natura cardiologica;
- In caso di paziente diabetico esibire l'ultimo certificato diabetologico.

Gli atleti richiedenti certificazione per l'attività sportiva agonistica sono tenuti a:

- Portare una provetta di urine del mattino a digiuno;
- **Esibire:**
 - libretto delle vaccinazioni per controllo copertura antitetanica - solo se per attività agonistica (*legge 5 marzo 1963, n. 292*);
 - documento di identità in corso di validità
 - atleta maschio over40 e atleta donna over50: esami ematochimici di colesterolo totale, HDL, trigliceridi e glicemia (risalenti al massimo a tre mesi prima)
- Indossare abbigliamento adatto all'esecuzione della prova da sforzo (abbigliamento sportivo, scarpe da ginnastica);

Il certificato sarà disponibile per il ritiro dopo 7 giorni.

E' possibile scaricare la modulistica necessaria per l'esecuzione della visita accedendo al sito internet aziendale www.sanirad.it

Ricordando che è tuttora in vigore il Protocollo per il ritorno all'attività sportiva agonistica in atleti post-covid (Circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria DGPRE-MDS-P 0013191 del 26/04/2023 del Ministero della Salute) si fa presente che la positività al Covid19 o la comparsa di sintomatologia suggestiva dell'insorgenza di tale virus successivamente alla visita di certificazione, deve essere comunicata al proprio medico di medicina generale, alla società sportiva di riferimento oltre che al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità al fine di valutare la possibilità e le modalità di ripresa dell'attività sportiva.

SCHEDA ANAMNISTICA DI ACCERTAMENTO IDONEITÀ SPORTIVA

Cognome **Nome**
Età **Sesso** M F **doc. identità num.**
Nato a **Prov. (.....) il**.....
Telefono

Società o gruppo sportivo.....
Sport per cui è richiesta la visita.....
Prima visita Rinnovo
Ti è mai stata negata l'idoneità? SI NO Perché?.....
Hai mai fatto accertamenti ulteriori? SI NO Quali e quando?.....

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale..... da anni.....
Numero allenamenti alla settimana..... ore/settimana.....

ANAMNESI FAMILIARE (malattie nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

Malattie di cuore	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Morte improvvisa in giovane età (<50)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Infarto del miocardio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Cardiomiopatie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
(esempio: Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, aritmogena del ventricolo destro, sindrome di Marfan, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada)	
Ipertensione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Colesterolo alto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Diabete	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Malattie renali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Malattie della tiroide	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Asma / Allergie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Malattie neurologiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Malattie polmonari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Tumori	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?
Ictus	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> chi?

Note a cura del medico dello sport

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (patologie presenti o pregresse)

Attualmente ha problemi di salute SI NO quali?
Ha sempre goduto di buona salute SI NO
Assume farmaci? SI NO quali?
Ha avuto le comuni malattie esantematiche infantili? SI NO VACCINATO

Ha sofferto / Soffre di:

Svenimenti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Palpitazioni / tachicardia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vertigini	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Allergie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Epilessia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Asma	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie respiratorie / polmonari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anemia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otiti / Sinusiti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Iperensione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabete	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie renali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie della tiroide / endocrine	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie gastro intestinali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie di fegato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Malattie neurologiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tumori	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Covid 19	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	quando?

Note a cura del medico dello sport

Ha subito infortuni importanti? (esempio: fratture, distorsioni gravi, lussazioni, traumi cranici, lesioni tendinee muscolari o legamentose...) SI NO quali? quando?.....

Ha subito ricoveri / interventi chirurgici? SI NO quali? quando?.....

ANAMNESI FISIOLOGICA DELL'ATLETA (abitudini di vita)

Fuma? SI NO EX quante e da quanto tempo?.....
Fa uso di sostanze illecite? SI NO EX cosa assume e da quanto tempo?
Beve alcolici? SI NO OCCASIONALMENTE quanto?.....
Beve caffè? SI NO quanto?.....

Età della prima mestruazione?

Anomalie del ciclo mestruale? SI NO

Gravidanze? SI NO

Data vaccinazione antitetanica

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.

DICHIARA INOLTRE DI NON AVER MAI RICEVUTO IN ALTRA SEDE GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA.

DICHIARO INOLTRE DI NON AVERE AL MOMENTO ATTUALE ALTRE CARTELLE DI VISITA DI IDONEITÀ' PER ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA O NON AGONISTICA IN ATTESA DI CONCLUSIONE PRESSO ALTRI AMBULATORI/CENTRI/SERVIZI PUBBLICI O PRIVATI DI MEDICINA DELLO SPORT

Ai fini della salvaguardia della salute si impegna a comunicare al proprio medico curante, alla società sportiva di appartenenza e al medico dello sport / struttura di medicina dello sport che ha rilasciato la certificazione di idoneità qualsiasi cambiamento rilevante delle condizioni di salute comparso successivamente alla data della visita odierna.

Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e dichiaro di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Mi impegno a seguire, rispettando in modo completo la prescrizione del medico e la terapia anti - ipertensiva prescritta (se prescritta). Sono consapevole che il mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche renderà non valida la certificazione di idoneità rilasciata dallo Specialista.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/2/82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico.

Sono informato che in caso di NON IDONEITÀ dovrà essere trasmessa opportuna comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e alla società sportiva di appartenenza.

Data

Firma leggibile dell'atleta
o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale

.....

VALUTAZIONE CLINICA DEL GRADO DI TOLLERANZA ALLO SFORZO FISICO (STEP TEST)

Esame obbligatorio previsto dal D.M. del 18.02.1982,
per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica

E' una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

COME SI SVOLGE

Il paziente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame.

Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa su gradino di misura prestabilita per la durata di 3 minuti.

Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma (dopo sforzo) che deve essere registrato entro il 1° minuto successivo

Di seguito entro il 2° minuto successivo viene registrato l'IRI (indice di recupero immediato) che consiste nel controllo della frequenza cardiaca (n. di pulsazioni in 30 secondi).

RISCHI POSSIBILI

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza.

Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo.

Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

CONTROINDICAZIONI

Il test da sforzo è controindicato agli atleti con problemi vascolari in atto.

Durante la prova infatti si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore e sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca, della pressione arteriosa e dell'aumento della temperatura del corpo.

**MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO PER LA PROVA DA SFORZO
(STEP TEST)**

Io paziente, **Cognome e Nome Nato a in data**

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____

in qualità di: Esercente la responsabilità genitoriale Tutore Amministratore di sostegno
 Legale rappresentante

Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.
Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Inoltre:

- ✓ Acconsento ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura;
- ✓ Acconsento alla compilazione di eventuali questionari inerenti le abitudini di vita a scopi epidemiologici/statistici;
- ✓ Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi.

**Recepite le informazioni ricevute ACCONSENTO NON ACCONSENTO
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data Firma

Il medico dello sport: Firma

- Dott. Riccardo Zero Dott.ssa Cristina Degano
 Dott. Rudy Fregolent
 Dott. Sals Enrico

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data

Firma del paziente / genitore o tutore nei caso di minore

Firma del medico

REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n. 679/16 D.Lgs. 101/18

Informazioni ex art. 13

Gentile Paziente,

La informiamo che, in ottemperanza all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di **sicurezza, integrità, correttezza, liceità, trasparenza, adeguatezza, pertinenza, esattezza, limitatezza alle finalità di cui al trattamento (minimizzazione), limitatezza nella conservazione al tempo strettamente necessario ai fini della raccolta, dando così piena tutela ai Suoi diritti.**

A tal fine La informiamo di quanto segue:

Titolari dei dati

saniRad srl - con sede legale in Tricesimo (UD) – via J.F. Kennedy n° 3, **Poliambulatorio via XI febbraio srl** – con sede legale in Tricesimo (UD) – via 11 febbraio n° 27 nelle persone dei rappresentanti legali e **dott. Gian Paolo Degano** - con sede legale in Tricesimo (UD) – via J.F. Kennedy n° 3 **agiscono in contitolarità per il trattamento dei dati afferenti alle strutture/studio di riferimento.**

Data Protection Officer

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo e-mail dpo.privacy@sanirad.it

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati da Lei forniti, ivi compresi quelli c.d. "particolari", ex art. 9 GDPR, verranno utilizzati per le seguenti finalità:

- finalità di prevenzione e tutela della salute (attività di diagnosi, cura);
- attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alle prestazioni erogate e, in generale, alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, gestione incassi e pagamenti, etc.);
- finalità di programmazione e gestione dell'attività sanitaria
- condivisione dei dati mediante il dossier sanitario (DS)
- accertamento, esercizio e/o difesa di un diritto nelle sedi competenti
- consegna dei referti con modalità digitali (accesso sul portale web aziendale).

Tutti i dati personali comuni e particolari da Lei comunicati sono trattati dal Titolare sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- il Suo consenso;
- l'adempimento di obblighi contrattuali o di legge;
- la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività;
- l'esercizio di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri.

Modalità del trattamento

I dati personali sono trattati - secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza - con sistemi manuali, informatici e automatizzati. Si precisa, in particolare, che i Suoi dati personali sono oggetto di trattamento da parte di soggetti debitamente incaricati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati e autorizzati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dalla legge, nonché mediante l'impiego di misure di sicurezza atte a garantire la tutela della sua riservatezza e ad evitare i rischi di perdita o distruzione, di accessi non autorizzati, di trattamenti non consentiti o non conformi alle finalità di cui sopra. Le misure di sicurezza vengono costantemente aggiornate in base allo sviluppo tecnologico.

Firma grafometrica

Il consenso al trattamento dei dati, per le casistiche previste dal provvedimento del Garante Privacy n° 55 del 07/03/2019, può essere raccolto utilizzando il sistema della firma grafometrica. Trattasi di una firma elettronica avanzata che consiste nella rilevazione dei dati biometrici del paziente nel momento in cui appone la sua firma su un tablet collegato al database interno legando gli stessi indissolubilmente al documento elettronico che ne scaturisce, con le scelte effettuate. La firma grafometrica raccolta non va a costituire banche dati e viene conservata digitalmente su documento elettronico solo allo scopo di rispettare le scelte apposte in materia di trattamento dei dati.

Natura obbligatoria del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatorio. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alle lett. a), b), c), e), comporta l'impossibilità, per il Titolare, di erogare la prestazione richiesta. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alla lett. d), comporta l'impossibilità per i professionisti operanti in Azienda, diversi da quelli che hanno prodotto i dati relativi agli eventi clinici, di avere accesso alla Sua storia clinica. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alla lett. f), comporta l'impossibilità per l'Azienda di fornire i referti per il tramite dei canali digitali.

Ambito di comunicazione dei dati

Nello svolgimento della propria attività e per il solo perseguimento delle finalità sopra esplicitate, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi dati personali, anche riguardanti il Suo stato di salute a:

- enti sanitari e ospedalieri pubblici e privati, enti del servizio sanitario regionale e nazionale;
 - enti previdenziali;
 - soggetti terzi destinatari per legge o per regolamento;
 - fornitori di servizi strettamente correlati e funzionali alle attività del Titolare, i quali opereranno in qualità di titolari autonomi o responsabili del trattamento, ex art. 28 GDPR;
 - tutti i soggetti non rientranti nelle categorie sopra riportate per i quali esiste un obbligo legale di comunicazione o altri soggetti di cui si acquisiscono specifiche autorizzazioni in caso di richiesta;
 - altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.
- I dati non saranno oggetto di diffusione, fatta salva l'ipotesi in cui la stessa sia richiesta da pubbliche autorità per finalità di difesa, sicurezza dello Stato, prevenzione, accertamento o repressione di reati.

Qualora il trattamento dei dati comportasse il trasferimento verso un paese extra-UE o un'Organizzazione internazionale, saranno applicate le garanzie previste dall'art. 46 del GDPR.

Periodo di conservazione dei dati

Il Titolare rende noto che i dati personali dell'Interessato, oggetto del trattamento, saranno trattati per il solo periodo di tempo necessario al raggiungimento delle finalità espresse, dopodiché verranno conservati unicamente in esecuzione degli obblighi di legge vigenti in materia, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle normative applicabili. Per i trattamenti basati sul consenso si specifica che l'Utente ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento.

Processo decisionale automatizzato/profilazione

I dati non sono sottoposti a processi decisionali automatizzati, così come disposto dall'art. 22 del GDPR.

Diritti dell'interessato

A ciascun interessato al trattamento, sono garantiti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, consistenti essenzialmente nel diritto di:

- ricevere informazioni in merito all'esistenza o meno del trattamento dei suoi dati personali,
- accedere ai propri dati e chiederne copia
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ove inesatti o incompleti
- ottenere la cancellazione
- ottenere la limitazione del trattamento
- opporsi al trattamento.

A ciascun interessato inoltre è riconosciuto il diritto alla portabilità dei dati, ossia riceverli in un formato strutturato di uso comune e leggibile o ottenerne la trasmissione diretta ad altro titolare, il diritto a proporre reclamo alle autorità di controllo competenti, alle condizioni e nei limiti indicati all'art. 13 del GDPR.

Per esercitare i suddetti diritti, gli Interessati possono inviare una richiesta scritta ai CoTitolari, all'indirizzo mail: sanirad@sanirad.it oppure al Data Protection Officer (DPO), all'indirizzo e-mail: dpo.privacy@sanirad.it.

Con riferimento al **Dossier Sanitario (DS)** può esercitare i seguenti diritti:

- prestare il consenso alla condivisione degli eventi clinici effettuati in azienda, con tutti i professionisti sanitari in essa operanti
 - non prestare il consenso alla condivisione degli eventi clinici effettuati in azienda a professionisti diversi da quelli che li hanno prodotti (oscuramento). In tal caso verrà oscurato anche l'oscuramento (i soggetti autorizzati all'accesso non verranno a conoscenza dell'oscuramento)
 - chiedere di visionare gli accessi effettuati alla propria storia clinica.
- Consenso e revoca del consenso possono sempre essere revocati.

Revoca del consenso

Lei ha diritto di revocare il consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento prestato prima della revoca.

Tutela dei diritti

I Suoi diritti potranno essere fatti valere con reclamo all'Autorità del Garante Privacy (<http://www.garanteprivacy.it>) o con ricorso all'autorità giudiziaria ordinaria.

**REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16
D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di trattamento dei dati personali”**

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto, **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

- Per sé

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)

in qualità di:

- Esercente la potestà genitoriale (*allegare documento di identità*)
- Tutore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)
- Curatore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)
- Amministratore di sostegno (*si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità*)
- Legale rappresentante (*si allegano documenti certificanti e documento di identità*)

di **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Ricevuta e compresa l'informativa conferita ai sensi dell'art. 13 della normativa vigente;

Preso atto che ai sensi del provvedimento del Garante privacy del 07 marzo 2019 i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria richiesta, se effettuata da professionisti sanitari tenuti al segreto professionale o ad obbligo di segretezza, non richiedono consenso dell'interessato che invece risulta necessario per tutti gli altri trattamenti attinenti, solo in senso lato, alla cura, per le seguenti attività:

1) Trattamento del dossier sanitario interno per le finalità di diagnosi e cura.

Il trattamento non comprende i dati riguardanti le prestazioni eseguite presso altre strutture pubbliche o private. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

2) Comunicazione di dati sanitari a medico esterno (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o altri specialisti) su richiesta e/o in casi di necessità determinati dalle condizioni di salute del paziente.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

3) Invio immagini diagnostiche per la refertazione ad un centro esterno

Possibilità di invio delle indagini diagnostiche eseguite per via telematica in altra sede per interpretazione e refertazione. L'invio avviene in modalità sicura tramite VPN.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

4) Invio campioni biologici a laboratorio esterno

SaniRad è punto prelievi e si affida a laboratori esteri per l'analisi dei campioni. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

5) Attivazione servizi on-line (pubblicazione referti sul portale “referti on-line” del sito internet www.sanirad.it).

L'accesso al portale avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di sicurezza che vengono comunicate nel contesto delle procedure di accettazione. Il servizio comprende l'invio di messaggi di notifica di “referto pronto”.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

6) Invio promemoria per attività programmate o da programmare e messaggi di notifica (e-mail, sms, posta)

Il servizio prevede l'invio di messaggi di promemoria per prenotazioni effettuate, da effettuare e l'invio di modulistica relativa alle prestazioni da eseguire

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

7) Invio di comunicazioni informative sull'attività aziendale (e-mail, sms, posta)

Le comunicazioni riguarderanno l'avvio di nuove attività, l'inserimento di nuovi professionisti, la pianificazione di giornate di prevenzione o informazioni sull'organizzazione aziendale.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

8) Utilizzo firma grafometrica

La firma grafometrica è un particolare tipo di firma elettronica che si ottiene nel momento in cui l'utente appone la sua firma su un tablet leggendo i suoi dati biometrici al documento elettronico firmato. L'utilizzo della firma grafometrica consente un'agevole raccolta, conservazione e consultazione delle scelte effettuate dall'utente.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Nel caso in cui acconsenta a tale utilizzo dei dati, Le ricordiamo che, ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati, potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo dpo.privacy@sanirad.it.

In ogni momento potrà inoltre esercitare tutti i diritti di cui al punto "diritti dell'interessato" dell'informativa (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e di cancellazione, oblio, portabilità) con comunicazione scritta da inviare al titolare o al DPO agli indirizzi indicati in informativa.

data _____

Firma leggibile _____

Nell'impossibilità da parte dell'utente **Cognome e Nome** di firmare materialmente per (indicare il motivo) _____ l'operatore incaricato sottoscritto _____ dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

data _____

Firma leggibile dell'operatore _____

DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a

esercente la responsabilità genitoriale sul minore **rappresentante legale**

del paziente: Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

DELEGO

Il /la Sig.

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio / rappresentato si sottoporrà.

Data

Firma

ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
- Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
- Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata