



M0850.14.01.03

Responsabili del Servizio

Dott. Saverio Adamo / Dott. Raffaele Romano

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto

in qualità di: Se stesso

o Genitore Tutore legale Delegato

di

AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN BASE AL GDPR REGOLAMENTO UE N° 679/2016 SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Dichiaro di aver **ricevuto e compreso** l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ed **esprimo il mio libero ed inequivocabile consenso** al trattamento dei miei dati qualificati come personali dalla citata legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti "particolari" di cui all'articolo 9, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

data _____ **Firma dell'atleta (o genitore se minorenne)** _____

AGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITÀ SPORTIVA

Dichiara inoltre, di essere stato informato, dal *medico, in modo chiaro e comprensibile che verrà sottoposto agli accertamenti sanitari previsti da:

- D.M. 18/02/82 atleti agonisti
- Art. 4 D.M. 24/04/13 atleti non agonisti ad alto impegno cardiovascolare
- Art. 3 D.M. 24/04/13 atleti non agonisti
- D.M. 04/03/93 atleti disabili
- D.M. 13/03/95 atleti professionisti
- C. Reg. n. 12 08/03/05 attività sportiva ai fini dell'arruolamento

- Se visita agonistica, dichiara di essere stato informato, dal *medico, che verrà eseguita una prova da sforzo
- Acconsento pertanto ad essere sottoposto alle indagini diagnostiche proposte.

data _____ **Firma dell'atleta (o genitore se minorenne)** _____

***Firma del medico** _____