

COMPILARE FRONTE E RETRO

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE

DATA DI NASCITA

Informativa all'utente sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento n. 2016/679/UE

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, Torri Sport Srl, con sede legale in Via Petrarca, n. 22, Milano, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che l'esecuzione del servizio richiesto, ovvero la visita necessaria per la pratica sportiva non agonistica, rende necessario il trattamento di alcuni suoi dati personali. Il Titolare del trattamento tratterà sui dati identificativi (nome e cognome) e dati attinenti al suo stato di salute (raccolti attraverso anamnesi ed esecuzione della visita). I suoi dati saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione della visita da lei richiesta, con il supporto di mezzi cartacei ed informatici. I dati saranno conservati per il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra e comunque non oltre il periodo di tempo prescritto dalle vigenti normative in materia di conservazione dei dati personali nel settore sanitario. In ogni caso, lei potrà chiedere i tempi specifici di conservazione dei suoi dati, con riferimento ad ogni trattamento effettuato sugli stessi, scrivendo a privacy@torrisport.com

Il conferimento dei dati per le finalità indicate è strettamente indispensabile per poter dare esecuzione alle prestazioni da lei richieste. In caso di mancato conferimento, il Titolare non potrà svolgere il servizio richiesto, in quanto impossibilitato a raccogliere i necessari dati e ad osservare i connessi obblighi di legge. La base giuridica del trattamento è data dal suo espresso consenso al trattamento (art. 6, par. 1, lett. a), GDPR), che può essere revocato in qualunque momento. I Suoi dati personali potranno essere comunicati ai seguenti soggetti:

- Medici che eseguono la prestazione sanitaria richiesta;
- Soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo;
- Autorità giudiziarie, nonché tutti i soggetti ai quali la comunicazione è obbligatoria per legge su loro espressa richiesta.

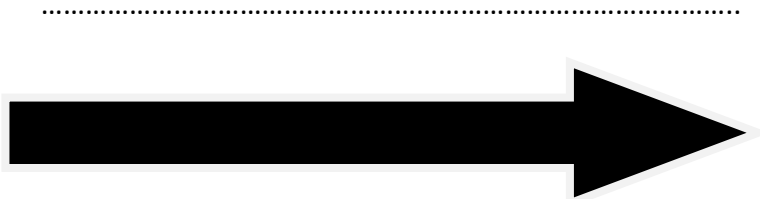
Alcuni dei soggetti sopra indicati operano come Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE/679/2016. L'elenco dei Responsabili esterni cui i Suoi dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo a privacy@torrisport.com

In qualità di Interessato, le sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 (Diritto di accesso), 16 (Diritto di rettifica), 17 (Diritto alla cancellazione), 18 (Diritto alla limitazione del trattamento), 20 (Diritto alla portabilità), 21 (Diritto all'opposizione), 22 (Diritto di opposizione al processo automatizzato), 77 (Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo) del GDPR, Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti su descritti, nonché il diritto di revoca del consenso prestato, rivolgendosi al Titolare del trattamento, inviando una email all'indirizzo privacy@torrisport.com o inviando una raccomandata a Torri Sport Srl, in Via Petrarca, n. 22, Milano, all'attenzione di Giuseppe Pozzi.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa e di prestare il consenso al trattamento dei dati personali come sopra descritto.

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.


FIRMA DEL DICHIARANTE
(DEL GENITORE SE IL PAZIENTE E' MINORENNE)



GIRARE I FOGLIO

DA CONSEGNARE AL MEDICO

Qualcuno dei parenti più stretti (Genitori e nonni) è / è stato affetto da una delle patologie seguenti?

- Ipertensione (INDICARE CHI)
- Diabete (INDICARE CHI)
- Patologie cardiologiche (INDICARE CHI E SPECIFICARE LA PATOLOGIA)
- Patologie tumorali (INDICARE CHI).....
- Altro (INDICARE CHI)
- NESSUNA

Qualcuno dei parenti più stretti è deceduto prima dei 60 anni di età?

- NO SI Se SI: Chi, a quanti anni e di cosa?
.....

ANAMNESI FISIOLÓGICA (ha avuto problemi durante l'accrescimento?)

- REGOLARE (nulla da segnalare)
- Altro

FUMA?

- NO
- SI. QUANTE?
- EX DAL?

ASSUME ALCOOL?

- SI
- OCCASIONALMENTE (Vino ai pasti)
- ASTEMIO

ANAMNESI PATOLOGICA

- NON HO NESSUNA PATOLOGIA CRONICA
- PATOLOGIE CRONICHE IN CORSO. QUALI?
.....

RIFERISCE SINTOMI CARDIOLOGICI (Sincopi, dispnea, dolore toracico, ecc)

- NO
- SI. QUALI?

E' MAI STATO AFFETTO DA INFEZIONE COVID-19?

- NO SI.

ASSUME FARMACI ? Se SI, quali?

.....
.....

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI CON RICOVERO IN OSPEDALE? Se SI, quali?

.....
.....

HA SUBITO INFORTUNI? (Come fratture) Se SI, quali?

.....