

Servizio di Medicina dello Sport

Direttore Responsabile: Dott. Roberto Filippini

Via S. Marco, 121 - VERONA - Tel. 045.601.36.00 - Fax 045.601.39.88 - E-mail medicina.sport@sacrocuore.it

MODULO DA COMPILARE PER CERTIFICATO AGONISTICO PER ATLETI CHE HANNO CONTRATTO L'INFEZIONE DA COVID-19 ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Cognome e Nome _____

Data e Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Recapito telefonico _____

Attività sportiva praticata _____

Società Sportiva di appartenenza _____

Il Paziente è un atleta di interesse nazionale? Si No (In caso affermativo si richiede copia del certificato/documento che lo attesti)

Sintomatologia manifestata durante la positività al Covid-19: _____

A causa dell'infezione da Covid-19 l'atleta è stato ospedalizzato/ricoverato? Si No

Ultimo tampone Covid-19 negativo (data) ____/____/____

L'atleta ha un certificato medico sportivo in corso di validità? Si No (indicare dove è stata eseguita l'ultima visita sportiva)

INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), La informiamo che i Suoi dati personali (nome, cognome, temperatura corporea, dichiarazione su spostamenti e contatti), saranno trattati da Istituto Don Calabria - IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, via Don A. Sempredoni, 5 - 37024 Negrar di Valpolicella (VR). Il titolare del trattamento ha nominato in Responsabile per la Protezione dei Dati contattabile al seguente indirizzo email privacy@sacrocuore.it. Il trattamento avverrà al fine di garantire il rispetto delle procedure di sicurezza aziendale formalmente applicate, anche in forza delle disposizioni normative vigenti ed urgenti emanate in ottica di prevenzione dal contagio del c.d. "Coronavirus COVID-19". La base giuridica del trattamento è l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020. La informiamo inoltre che i Suoi dati non verranno comunicati a terzi, né diffusi, salvo richieste specifiche dell'Autorità Giudiziaria o di Pubblica Sicurezza. I dati personali saranno trattati esclusivamente da personale a ciò espressamente autorizzato. I dati personali eventualmente registrati anche mediante la compilazione dell'autodichiarazione saranno definitivamente cancellati e distrutti dai nostri archivi al termine dello stato emergenziale, salvo ulteriori esigenze di tutela in giudizio. Ai sensi degli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, Le ricordiamo che per maggiori informazioni o richieste specifiche (cancellazione, blocco, od opposizione al trattamento) può rivolgersi al Titolare del Trattamento, scrivendo ai contatti sopra indicati. Le ricordiamo altresì che ha il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati avvenga in violazione del Regolamento EU 2016/679, o di adire le opportune sedi giudiziarie.

(data e firma dell'atleta)

(in caso di minore, firma anche dell'esercente la potestà)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a _____,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i., dichiaro
altresi sotto la mia responsabilità di esercitare la potestà genitoriale, ovvero di essere il legale rappresentante della per-
sona sopra indicata.

Firma _____