



Associazione ALI C'E'



MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (_____) _____

il _____ residente a _____

Prov. (____) Via _____ Nr. _____

Tel./email: _____

(____) **GENITORE** (____) **TUTORE** (____) **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**
del/la minore _____

nato/a a _____ Prov. (____) il _____

AUTORIZZO l'esecuzione di un elettrocardiogramma, a titolo gratuito, da parte degli operatori dell'Associazione Ali C'E' e "Movimento per la Salute dei Giovani", nel contesto dell'iniziativa denominata "Batti il Tempo".

AUTORIZZO la refertazione dell'ECG, che sarà eseguita da uno dei seguenti Cardiologi:

Dr. Maurizio Mongiovì, Dr. Giovanni Fazio, Dr. Annalisa Alaimo, Dr. Sabrina Spoto, Patrizia Garofalo e Dr. Michele Saitta, o eventuali altri professionisti che l'associazione deciderà di coinvolgere

ACCONSENTO (SI) (NO)

la ricezione di notizie inerenti le attività sociali dell'Associazione Ali C'E' e APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione del presente modulo, richiesto dalle Associazioni Ali C'E' e APS "Movimento per la Salute dei Giovani", saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente per le finalità direttamente connesse alle attività sociali dell'Associazione.
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003 e ss. mm., tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dati ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Il titolare dei dati trattati è l'Associazione ALI C'E' e APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

LUOGO e DATA _____

FIRMA



Associazione ALI C'E'



Progetto BATTI IL TEMPO 2025

DATI PERSONALI

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov. (____)

Peso: Kg _____ Altezza: cm _____

Pratica sport NO ☐ SI ☐ (specificare) _____

PATOLOGIE PERSONALI DA SEGNALARE

Malattie Cardiache NO ☐ SI ☐ (specificare) _____

Affanno NO ☐ SI ☐

Stanchezza NO ☐ SI ☐

Aritmia NO ☐ SI ☐

Mal di testa frequenti NO ☐ SI ☐

Vertigini NO ☐ SI ☐

Disturbi visivi NO ☐ SI ☐

Asma NO ☐ SI ☐

Diabete NO ☐ SI ☐

Epilessia NO ☐ SI ☐

Altro (specificare) _____

Assume farmaci NO ☐ SI ☐ (specificare) _____

Durante l'attività fisica o a riposo ha mai avuto:

Dolore al torace ☐ Cuore in gola ☐ Tachicardia ☐ Fame d'aria ☐ Svenimento ☐

Progetto BATTI IL TEMPO

PATOLOGIE DEI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni, cugini, zii)

Diabete	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Asma	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Ipertensione Arteriosa	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Morte improvvisa	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Malattie di cuore	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Infarto	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Epilessia	NO ☐	SI ☐	Chi: _____
Altro (specificare)	_____		
