

COGNOME _____ NOME _____ NATO A _____

IL _____ C.F. _____ CLASSE FREQUENTATA _____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI)

Diabete: si no Chi? _____

Asma: si no Chi? _____

Ipertensione arteriosa: si no Chi? _____

Malattie dell'apparato cardio-circolatorio comprese aritmie, cardiopatie congenite e acquisite ecc.

si no Se SI, quali? _____

Malattie neurologiche si no

Chi? _____

Morte improvvisa: si no Chi? _____; a che età? _____; causa? _____

Altro: _____

DOMANDE RIFERITE ALLO STUDENTE DA VISITARE

QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna 5/10 più di 10 da quanti anni? _____

ex per quanti anni? _____ da quanto hai smesso? _____

BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? : si no se SI quanto di media al giorno _____

ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI? : si no

Se SI, quali e perché? _____

ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DROGHE? si no

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

Diabete: si no Usi insulina? si no

Ipertensione arteriosa : si no

Epilessia : si no

Altre malattie neurologiche : si no Se SI, quali? _____

Allergie: si no Se SI, a cosa?

Sintomi allergie (rinite, congiuntivite, asma, orticaria, angioedema, shock anafilattico, altro)

Asma bronchiale cronica si no

NOTIZIE RIFERITE EVENTUALI ALLERGIE

ALLERGIE AD ALIMENTI O ALTRE ALLERGIE SPECIFICHE

<input type="checkbox"/>	Nulla da segnalare
<input type="checkbox"/>	Intolleranza al lattosio
<input type="checkbox"/>	Intolleranza al glutine
<input type="checkbox"/>	Allergie alimentari ? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Psoriasi agli arti
<input type="checkbox"/>	Dermatite allergica da contatto
<input type="checkbox"/>	Dermatite irritativa da contatto
<input type="checkbox"/>	Orticaria
<input type="checkbox"/>	Altre patologie cutanee di una certa gravità
<input type="checkbox"/>	Rinite allergica (raffreddore) da allergia a? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Congiuntivite allergica da allergia a? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Asma bronchiale allergico da allergia a? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Angioedema da allergia a? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Angioedema della glottide da allergia a? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Shock anafilattico da allergia a? (scrivere)
<input type="checkbox"/>	Allergia ad alimenti

Altre malattie respiratorie: si no Se SI, quali? _____

Malattie endocrine e metaboliche (es. ipotiroidismo, ipertiroidismo, obesità ecc.)

si no Se SI, quali? _____

Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali (es. rettocolite ulcerosa, morbo di Crohn)

si no Se SI, quali? _____

Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? si no Se SI, quali?

Hai mai avuto FRATTURE/DISTORSIONI/LUSSAZIONI/ALTRO? si no

Se SI, quali e quando: _____

Hai mai avuto INFORTUNI/INCIDENTI RILEVANTI? si no

Se SI, quali e quando: _____

Hai mai avuto DISTURBI DELL'UMORE (CRISI ANSIOSE, ATTACCHI DI PANICO, DEPRESSIONE, ALTRO...?)

si no

Se SI, quando? _____

ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO es. insufficienza renale/surrenale cronica, malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie, tumori negli ultimi 5 aa e/o in terapia, malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci? si no

Se SI, quale?

dovuta a?

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE:

DURANTE LE ATTIVITA' DI LABORATORIO AD OGGI PRATICATE HAI GIA' AVUTO DISTURBI O SINTOMI?

Si no dove? _____ quando? _____

con che frequenza? _____

descrivili: _____

MALATTIE ESANTEMATICHE/INFETTIVE

Varicella si no Morbillo si no Rosolia si no

Parotite (orecchioni) si no Pertosse si no Scarlattina si no

Mononucleosi inf. si no Epatite B si no Epatite C si no

Altre malattie? si no Se SI, quali _____

VACCINAZIONI

Morbillo/rosolia/parotite si no Epatite B si no

Papilloma Virus (HPV) si no Tetano si no

NOTIZIE RELATIVE APPARATO OSTEO ARTICOLARE

Hai mai sofferto di mal di schiena? si no Se SI, quali? _____

Hai mai sofferto di disturbi agli arti superiori? si no Se SI, quali? _____

Hai mai sofferto di disturbi agli arti inferiori? si no Se SI, quali? _____

Se si a una delle domande sopra riportate ricorri a terapie? si no Se SI, quali?

NOTIZIE RIFERITE AGLI SPORT PRATICATI

QUALE SPORT PRATICHI _____ DA QUANTI ANNI? _____

N° ALLENAMENTI A SETTIMANA: _____ DURATA DELL'ALLENAMENTO: _____

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE

Tel. Abitazione: _____ Tel. Cellulare: _____

Tel. Cellulare del genitore (per i minori) : _____, nome genitore : _____

Tel. Cellulare del genitore (per i minori) : _____, nome genitore : _____

DICHIARAZIONE:

I sottoscritti

_____ in qualità di madre

_____ in qualità di padre

_____ in qualità di tutore/esercente potestà genitoriale

dell'alunno/a _____ consapevole/i delle conseguenze penali in ordine a dichiarazioni mendaci, dichiarano:

- aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni sanitarie patologiche a noi note;
- di autorizzare il Medico Competente dell'Istituto ad effettuare la visita medica e gli accertamenti sanitari previsti dal Protocollo di Sorveglianza Sanitarie previsti per la mansione svolta nell'ambito dello stage IN MIA ASSENZA;
- di rendersi disponibile per ogni ulteriore chiarimento richiesto dal Medico Competente in merito a quanto sopra dichiarato;

Sottoscrizione dopo compilazione di quanto sopra dichiarato.

Firma del genitore (MADRE) _____

Firma del genitore (PADRE) _____

Firma tutore/esercente potestà genitoriale _____

Luogo e data di compilazione _____

INFORMATIVA ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (in seguito “GDPR”)

Gentile signore/a,

ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, La informiamo che Progetto Servizi s.r.l. in qualità di Titolare del trattamento, tratterà – per le finalità e le modalità di seguito riportate – i dati personali da Lei forniti o trasmessi dai relativi Istituti Scolastici di appartenenza, ovvero acquisiti durante le eventuali visite e/o accertamenti correlati.

In particolare verranno i seguenti dati personali:

- a) dati anagrafici ed identificativi (nome e cognome, data e luogo di nascita);
- b) dati sanitari richiesti per il rilascio del certificato di idoneità lavorativa relativo allo stage formativo previsto secondo la normativa vigente;
- c) campioni biologici;
- d) altri dati sanitari da Lei spontaneamente forniti relativi al suo stato di salute;
- e) dati sanitari contenuti nel foglio di anamnesi che Le viene somministrato.

1. Base giuridica e finalità del trattamento

1.1. I trattamenti finalizzati a:

- effettuare le valutazioni prescritte dalla normativa sanitaria, nazionale e regionale, vigente, ivi comprese le visite specialistiche che si dovessero rendere necessarie, per il rilascio del certificato di idoneità lavorativa relativo allo stage formativo previsto;
 - gestire i profili contrattuali, contabili, amministrativi e sanitari della prestazione erogata;
 - gestire la cartella sanitaria e, dove previsto, la produzione dei referti diagnostici;
- sono basati sugli adempimenti di cui alla normativa sopra richiamata a tutela della salute della persona.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali è realizzato, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice e all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: il trattamento dei dati personali potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. Al riguardo, Le rappresentiamo che la struttura ha provveduto alla nomina di un Direttore sanitario, nella persona del dott. Falsina Attilio, il quale, sulla base di questo incarico, supervisiona la gestione dei suoi dati in accordo con la normativa vigente che ne regola l'attività.

3. Obbligatorietà del conferimento

Il conferimento dei dati per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1.1. è obbligatorio. Un eventuale rifiuto non consentirà l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta, né il rilascio della certificazione medica necessaria ai sensi della normativa sanitaria di riferimento, né l'aggiornamento su eventuali scadenze di visite programmate.

4. Ambito di comunicazione dei dati

4.1. I dati personali potranno essere comunicati a:

- strutture pubbliche (ATS per territorio e regione) per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore.

I dati personali di cui alla lettera a) e c) potranno essere comunicati a:

- i laboratori di analisi, che per conto del Titolare del trattamento effettuano gli esami analitici.

L'eventuale inidoneità/sospensioni all'attività lavorativa in attesa di accertamenti, verrà comunicata senza alcun riferimento alle patologie riscontrate o diagnosi cliniche.

I dati di cui al punto a) verranno trasmessi ai consulenti legali, in caso di controversie, e fiscali per gli adempimenti di legge.

4.2. I dati personali da Lei forniti non saranno oggetto di diffusione.

5. Trasferimento dei dati all'estero

5.1. I dati personali sono conservati su server ubicati in Italia. resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili ed in particolare quelle di cui al Titolo V del GDPR.

5.2. I suoi dati non saranno trasferiti extra-UE.

6. Periodo di conservazione dei dati

I suoi dati saranno conservati per il periodo necessario al conseguimento delle finalità per i quali sono stati acquisiti e conformemente alle specifiche previsioni di legge al riguardo. La verifica sulla obsolescenza sui dati oggetto di trattamento rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati viene effettuata periodicamente.

7. Titolare del trattamento

Progetto Servizi s.r.l. - Via Padre Turoldo, 21 25030 Coccaglio (Bs) - tel. 030.7704841

8. Responsabile della protezione dei dati

La scrivente società ha provveduto alla nomina del D.P.O. contattabile via mail all'indirizzo: dpo@progettoservizi.it

9. Diritti dell'interessato

In qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, di revocare il consenso eventualmente prestato relativamente al trattamento dei suoi dati in qualsiasi momento ed opporsi in tutto od in parte, all'utilizzo degli stessi e di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata – o pec - al Titolare del trattamento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto _____

letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità descritte al punto 1.1.

Luogo data _____ Firma _____

Via Per Chiari 10F

-25030 Coccaglio (Bs) Tel 030.7704841 Fax 030.7281880 mail: info@progetto626.it