

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome di chi si sottopone alla visita medico-sportiva) _____
nato/a a _____ il _____,
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

dichiara di:

CONSENSO FACOLTATIVO (Avvertenza: la mancata compilazione dei punti 1 rende impossibile la comunicazione dei dati di salute a chiunque)

1. **AUTORIZZARE** **NON AUTORIZZARE**

la comunicazione dei dati sul mio stato di salute ai soggetti di seguito individuati:

- Senza diagnosi clinica, alla società Sportiva e alla federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
- In chiaro, alla ATS competente per territorio;
- In forma anonima alla UOO Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alla normativa sopra citata.

Data _____

Firma leggibile del Medico e/o Operatore _____

Firma leggibile dell'atleta (se maggiorenne) o del genitore/tutore se minorenni _____ 

Il Personale della ASST Cremona dichiara che:

il/la paziente è un minore oppure è in uno stato di impossibilità fisica, incapacità di agire di intendere o di volere.

Pertanto, il presente consenso, è prestato dal:

- Tutore/Genitore/Affidatario
- Coniuge/Convivente (convivente more uxorio, la parte di un'unione civile)
- Prossimo congiunto/Familiare (es.: ascendenti, discendenti, fratelli, sorelle, affini nello stesso grado, zii e nipoti, non si comprendono gli affini allorché sia morto il coniuge e non vi sia prole)
- Responsabile della struttura presso la quale l'interessato dimora

il/la paziente minore e/o incapace non è accompagnato da alcun familiare, né alcun rappresentante legale.

Data _____

Firma leggibile dell'interessato di chi esprime il consenso (genitore/tutore/etc) _____ 

Documento di identità n° _____ rilasciato il _____

Firma leggibile del Medico e/o Operatore _____