



Per favore compilare il formulario in STAMPATELLO

ATLETI - FORMULARIO MEDICO d'iscrizione ai corsi sportivi

Generalità del partecipante ai corsi

Sesso maschile femminile

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____

Via _____ NAP / Luogo _____

Istituto / foyer _____

Tel. cellulare _____ Tel. casa _____

E-mail _____

Cassa malati _____

No. assicurato _____ Tel. cassa malati _____

Assicurazione RC _____ No. AVS _____

Tipologia di disabilità · indicare anche più di una disabilità

mentale/difficoltà di apprendimento disagio psichico

sensoriale (udito/vista) disturbo del linguaggio

fisica altro

Medico curante

Cognome _____ Nome _____

Via _____ NAP / Luogo _____

Tel. ufficio _____ Tel. privato _____

Persona di riferimento in caso di necessità

Cognome _____ Nome _____

Via _____ NAP / Luogo _____

Tel. cellulare _____ Tel. casa _____



ATTENZIONE: Siete responsabili per i dati forniti

Autonomia

Nella vita quotidiana necessita dell'aiuto di una terza persona?

Vestirsi	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no <input type="radio"/> parzialmente
Muoversi	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no <input type="radio"/> parzialmente
Mangiare	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no <input type="radio"/> parzialmente
Igiene personale	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no <input type="radio"/> parzialmente

Osservazioni:

Malattie e allergie

Allergie	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	se sì, quali?

Intolleranze / indicazioni alimentari	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	se sì, quali?

Asma	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	se sì, <input type="radio"/> leggera <input type="radio"/> importante

Diabete	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	

Insulina	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	se sì, con quale frequenza?

Epilessia	<input type="radio"/> sì	<input type="radio"/> no	se sì, fattori scatenanti / frequenza / durata:

Medicamenti

Vostro/a figlio/a assume regolarmente medicamenti? sì no

Li prende autonomamente? sì no

Necessita regolarmente di iniezioni? sì no



Nome del medicamento (specificare i milligrammi)	08.00	10.00	12.00	19.00	21.00

Siete pregati di indicare eventuali medicamenti di riserva in caso di urgenza e/o osservazioni aggiuntive:

Informativa sulla protezione dei dati

inclusione andicap ticino tratta i dati personali dei partecipanti in buona fede e in modo lecito e proporzionato. Alcuni dati personali trattati da *inclusione andicap ticino* sono degni di particolare protezione, quali ad esempio i dati concernenti la salute e la sfera intima. *inclusione andicap ticino* è responsabile del trattamento dei dati personali e per domande sulla loro protezione si prega di contattare la Direzione in via Linoleum 7, 6512 Giubiasco. *inclusione andicap ticino* tratta i dati personali dell'utente nella misura in cui necessario per poter adempiere il contratto tra le parti, rispettivamente il contratto di prestazione sottoscritto da *inclusione andicap ticino* con le autorità cantonali e federali. *inclusione andicap ticino* ha definito l'identità del responsabile della protezione dei dati, i provvedimenti volti a garantire la sicurezza dei dati tramite provvedimenti tecnici ed organizzativi appropriati, le misure da adottare in caso di comunicazione dei dati all'esterno, il periodo di conservazione dei dati. Il partecipante (o sue persone di riferimento) che interagisce con *inclusione andicap ticino* tramite mezzi di comunicazione non sicuri (ad es. non criptati) è consapevole dei rischi associati a questi mezzi (intercettazione e manipolazione dei dati da parte di terzi). *inclusione andicap ticino* trasmette in determinate circostanze i dati personali del partecipante a terzi, che possono trattarli per loro scopi: ad es. responsabili di attività, monitori, responsabili organizzativi, autorità cantonali e federali ufficiali, fornitori di servizi al partecipante quali ad esempio servizi di trasporto. Questi sono obbligati a rispettare la legislazione vigente in materia di protezione dei dati. Il partecipante gode dei diritti previsti dalla legge in materia di protezione dei dati personali. Essi comprendono il diritto all'informazione, nonché il diritto di rettifica, di cancellazione o limitazione d'uso, di opposizione al trattamento dati personali non assolutamente necessari (Legge federale sulla protezione dei dati LPD, Ordinanza sulla protezione dei dati OPDa, Legge sulla protezione dei dati personali LPDP).

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale: