

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 ☐ sì ☐ no ☐ parzialmente

Muoversi ☐ sì ☐ no ☐ parzialmente

Mangiare ☐ sì ☐ no ☐ parzialmente

Igiene personale ☐ sì ☐ no ☐ parzialmente

Osservazioni:

Malattie e allergie

Allergie ☐ sì ☐ no se sì, quali?

Intolleranze / indicazioni alimentari ☐ sì ☐ no se sì, quali?

Asma ☐ sì ☐ no se sì, ☐ leggera ☐ importante

Diabete ☐ sì ☐ no

Insulina ☐ sì ☐ no se sì, con quale frequenza?

Epilessia ☐ sì ☐ no se sì, fattori scatenanti / frequenza / durata:

Insufficienza o malattia cardiaca ☐ sì ☐ no se sì, quale?

Altre malattie ☐ sì ☐ no se sì, quali?

Medicamenti e vaccini

Assume regolarmente medicinali? ☐ sì ☐ no

Li prende autonomamente? ☐ sì ☐ no

Necessita regolarmente di iniezioni? ☐ sì ☐ no

È vaccinato contro le zecche? ☐ sì ☐ no

(per le gite ed escursioni è consigliato essere vaccinati, da valutare con il vostro medico di famiglia)

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

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

Informativa sulla protezione dei dati

inclusione handicap ticino tratta i dati personali dei partecipanti in buona fede e in modo lecito e proporzionato. Alcuni dati personali trattati da *inclusione handicap ticino* sono degni di particolare protezione, quali ad esempio i dati concernenti la salute e la sfera intima. *inclusione handicap 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 handicap 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 handicap ticino* con le autorità cantonali e federali. *inclusione handicap 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 handicap 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 handicap 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 OPD, Legge sulla protezione dei dati personali LPDP).

Luogo e data:

Firma del genitore o del rappresentante legale:

