

DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO E CONSENSO ALLA VISITA SANITARIA DEL MINORE

Modulo da compilare dal genitore / esercente la responsabilità genitoriale / tutore

1. DATI DEL MINORE

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Codice fiscale: _____ Residente in: _____

2. GENITORE / ESERCENTE RESPONSABILITÀ GENITORIALE / TUTORE

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Codice fiscale: _____ Tel.: _____

Documento: _____ N.: _____ Scadenza: ____ / ____ / ____

☐ padre☐ madre☐ tutore legale☐ altro esercente la responsabilità genitoriale: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore e di non essere a conoscenza di provvedimenti che limitino la propria facoltà di assumere decisioni sanitarie per il minore.

3. DELEGA ALL'ACCOMPAGNAMENTO**DELEGA il/la Sig./Sig.ra:**

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ il: ____ / ____ / ____

Documento: _____ N.: _____ Scadenza: ____ / ____ / ____

Rapporto con il minore: _____

☐ ad accompagnare il minore presso SportLab per la prestazione programmata;☐ a consegnare documentazione clinica del minore al personale sanitario;☐ a ricevere indicazioni organizzative relative alla visita;☐ a ricevere il referto/documentazione sanitaria, se autorizzato nella sezione 8.**La delega all'accompagnamento NON trasferisce la responsabilità genitoriale e NON attribuisce al delegato il potere di prestare autonomamente consenso a trattamenti sanitari ulteriori o diversi da quelli autorizzati nel presente modulo.****4. PRESTAZIONE SANITARIA AUTORIZZATA**☐ Medicina dello Sport☐ Cardiologia☐ Geriatria☐ Neurologia☐ Otorinolaringoiatria☐ Gastroenterologia☐ Pneumologia☐ Oculistica☐ Altra: _____

Tipologia di visita / prestazione programmata: _____

5. CONSENSO ALLA VISITA E AGLI ACCERTAMENTI PROGRAMMATI

Il/La sottoscritto/a ACCONSENTE all'esecuzione della visita sopra indicata e degli accertamenti non invasivi ordinariamente connessi alla prestazione programmata, quando clinicamente appropriati e preventivamente illustrati.

☐ visita medica, anamnesi ed esame obiettivo;☐ misurazioni antropometriche e pressione arteriosa;☐ ECG a riposo;☐ ECG durante/dopo esercizio o test da sforzo, quando previsto;☐ spirometria, quando prevista;☐ valutazione della funzione visiva, quando prevista;☐ esame urine, quando previsto dal protocollo;☐ altri accertamenti non invasivi previsti dal protocollo e comunicati al genitore/tutore.**Non sono comprese procedure invasive o trattamenti diversi dalla prestazione autorizzata: se necessari, sarà acquisito uno**

6. PARTECIPAZIONE E VOLONTÀ DEL MINORE

Il minore riceverà informazioni adeguate all'età e alla capacità di comprensione e sarà coinvolto nella decisione sanitaria secondo il proprio grado di maturità. Eventuali dubbi, disagio o opposizione significativa saranno valutati dal medico nell'interesse del minore.

7. REPERIBILITÀ DEL GENITORE / TUTORE

☐ Il genitore/tutore dichiara di essere reperibile telefonicamente durante la visita al numero: _____

In presenza di situazioni non previste che richiedano una nuova decisione sanitaria, il medico potrà contattare il genitore/tutore prima di procedere, salvo situazioni di urgenza disciplinate dalla legge.

8. DOCUMENTAZIONE SANITARIA E REFERTI

- ☐ consegna al genitore/tutore;
- ☐ consegna al delegato sopra identificato;
- ☐ ritiro successivo secondo le procedure della struttura;
- ☐ altra modalità autorizzata: _____

9. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- ☐ dichiaro di aver ricevuto / potuto consultare l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679;
- ☐ dichiaro di essere stato/a informato/a che i dati personali e sanitari necessari alla prestazione saranno trattati secondo la normativa vigente;
- ☐ prendo atto che eventuali trattamenti ulteriori che richiedano specifico consenso saranno oggetto di separata richiesta.

10. EVENTUALI LIMITAZIONI ALLA DELEGA

- ☐ Il delegato può ricevere la documentazione sanitaria.
- ☐ Il delegato NON può ricevere la documentazione sanitaria.
- ☐ Il delegato può assistere alla visita, compatibilmente con la valutazione del medico.
- ☐ Il delegato NON è autorizzato ad assistere alla visita.

Altre limitazioni / note: _____

11. DICHIARAZIONE RELATIVA ALL'ALTRO GENITORE

- ☐ Non sussistono, per quanto a mia conoscenza, contrasti con l'altro esercente la responsabilità genitoriale relativamente alla prestazione qui autorizzata.
- ☐ La responsabilità genitoriale è esercitata esclusivamente dal sottoscritto/a in forza di: _____
- ☐ Tutela legale / altro provvedimento: documentazione allegata ☐ SÌ ☐ NO

12. VALIDITÀ DELLA DELEGA

- ☐ Esclusivamente per la visita del ____ / ____ / ____
- ☐ Per il seguente ciclo di prestazioni già programmato: dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

13. FIRME

Luogo: _____ Data: ____ / ____ / ____

Firma del genitore / tutore: _____

Eventuale firma del secondo genitore: _____

Firma del delegato per accettazione: _____

Firma del minore, ove appropriato per età e maturità (presa d'atto/partecipazione): _____

14. SPAZIO RISERVATO A SPORTLAB

- ☐ Identità del genitore/tutore verificata
- ☐ Identità del delegato verificata all'accesso
- ☐ Modulo completo e firmato
- ☐ Eventuale documentazione relativa a tutela/risponsabilità genitoriale verificata
- ☐ Informativa privacy resa/disponibile
- ☐ Eventuale consenso specifico aggiuntivo acquisito

Operatore / medico che effettua la verifica: _____ Firma/sigla: _____

NOTA OPERATIVA: in caso di dubbi su identità, poteri del firmatario, contrasto tra esercenti la responsabilità genitoriale, prestazioni ulteriori/invasive o documentazione incompleta, non procedere automaticamente sulla sola base della delega: sottoporre il caso al medico responsabile della prestazione.