

# CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT

Laboratorio di Fisiopatologia delle Attività Motorie

Direttore Dott. Prof. Luigi R. Collarini



ASSC  
Azienda Speciale di Servizi  
di Casalpusterlengo

Io sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore dell'atleta minorenni

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

## Delego

il sig./la sig.ra

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

ad accompagnare mio figlio/mia figlia alla visita medico sportiva che si terrà presso il Centro di Medicina dello Sport sito nell'AO di Casalpusterlengo in data \_\_\_\_\_.

Allego alla seguente delega fotocopia di un mio documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Estratto da INFORMATIVA PRIVACY**  
**ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 e del D.lgs. 196/03 aggiornato dal D.lgs. 101/2018**

La informiamo che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per eseguire i nostri compiti di interesse pubblico, a fronte dei servizi da Lei richiesti. Il conferimento dei dati è strettamente necessario per l'espletamento della prestazione; l'eventuale rifiuto a fornirci, in tutto o in parte, i Suoi dati personali potrà comportare la mancata o parziale esecuzione della richiesta presentata. In relazione ai dati personali conferiti, Lei ha il diritto, compatibilmente agli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai Suoi dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). Nel caso il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento, ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie. Per prendere visione dell'informativa completa, che questo breve estratto non sostituisce, La si invita a consultare, chiedere copia o prendere visione delle Informative (generale e stratificata) esposte nei locali.

**Titolare del Trattamento dei Dati personali:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-376401; Fax 0371-376438; Indirizzo mail [protocollo@pec.asst-lodi.it](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it)

**Responsabile del trattamento:** Azienda Speciale di Servizi di Casalpuusterlengo, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in 26841 Casalpuusterlengo (LO), Viale Fleming n. 2, Tel. 0377-7710, mail [direttore@assc.it](mailto:direttore@assc.it).

**Responsabile della Protezione dei Dati personali del Titolare:** Dott. Marco Esposti, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Ospedale Vecchio 2° Piano, Tel. 0371- 376492; fax 0371 376469; mail [dpo@asst-lodi.it](mailto:dpo@asst-lodi.it).

**Responsabile della Protezione dei Dati personali del Responsabile del Trattamento:** dr Roberto Morello, domiciliato in 35010 Trebaseleghe (PD), via Lazzaretto n. 10/B, Tel. 049-0998416, mail [dpo@robbyone.net](mailto:dpo@robbyone.net)

**CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 13 del REGOLAMENTO EU 2016/679**

Apponendo la firma in calce al presente modulo, ai sensi della attuale legge sulla privacy, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Nome e Cognome.....

Cod. Fiscale.....

Nato/a..... il .....

Data..... Firma leggibile dell'interessato/a .....  
o del tutore del minore