



**"MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI"**  
ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE  
ENTE DEL TERZO SETTORE  
WWW.MOVSALUTEGIOVANI.IT



## MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) **GENITORE** (\_\_\_\_) **TUTORE** (\_\_\_\_) **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**  
**del/la minore** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_:

**AUTORIZZO** l'esecuzione di un elettrocardiogramma, a titolo gratuito, da parte degli operatori dell'Associazione "Movimento per la Salute dei Giovani", nel contesto dell'iniziativa denominata "BEN-ESSERE GIOVANI".

**AUTORIZZO** la refertazione dell'ECG, che sarà eseguita da uno dei seguenti Cardiologi:  
Maurizio Mongiovì, Annalisa Alaimo, Sabrina Spoto, Giovanni Fazio, Michele Saitta, Fabrizia Centineo, Francesca Daidone e Gilberto Cellura.

### ACCONSENTO (SI) (NO)

la ricezione di notizie inerenti le attività sociali dell'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani". E-mail: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione del presente modulo, richiesto dall'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani", saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente per le finalità direttamente connesse alle attività sociali dell'Associazione.
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003 e ss. mm., tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dati ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Il titolare dei dati trattati è l'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

LUOGO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_



**"MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI"**  
ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE  
ENTE DEL TERZO SETTORE  
WWW.MOVSAIUTEGIOVANI.IT



## DATI PERSONALI

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Peso: Kg \_\_\_\_\_ Altezza: cm \_\_\_\_\_

Pratica sport NO  SI  (specificare) \_\_\_\_\_

---

---

## PATOLOGIE PERSONALI DA SEGNALARE

Malattie Cardiache NO  SI  (specificare) \_\_\_\_\_

Affanno NO  SI

Stanchezza NO  SI

Aritmia NO  SI

Mal di testa frequenti NO  SI

Vertigini NO  SI

Disturbi visivi NO  SI

Asma NO  SI

Diabete NO  SI

Epilessia NO  SI

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Assume farmaci NO  SI  (specificare) \_\_\_\_\_

Durante l'attività fisica o a riposo ha mai avuto:

Dolore al torace  Cuore in gola  Tachicardia  Fame d'aria  Svenimento

---

---

## PATOLOGIE DEI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni, cugini, zii)

Diabete NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Asma NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Iperensione Arteriosa NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Morte improvvisa NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Malattie di cuore NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Infarto NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Epilessia NO  SI  Chi: \_\_\_\_\_

Altro (specificare) \_\_\_\_\_