

Richiesta di visita medica per il rilascio dell'idoneità per attività sportive agonistiche/non agonistiche ad **ELEVATO** impegno cardio-vascolare

(DM 18/02/1982 e DGR Emilia Romagna 775/2004 e s.m.i.)

da compilare a cura della Società Sportiva

La società sportiva CUS PARMA ASD

Con sede in via Parco Area delle Scienze n.105/a, città Parma

Tel 3714105436 e-mail segreteria@cusparmacalcio.it

CHIEDE la visita medico sportiva

- ☐ agonistica ☐ prima visita
 ☐ visita successiva scadenza certificato _____
☐ non agonistica

per l'atleta

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____, a _____, CF _____

Residente in via _____ n. _____, città _____ cap. _____

Tel _____ E-mail _____

per l'attività sportiva indicata (evidenziare la disciplina di interesse nella tabella sottostante)

	Disciplina sportiva	Prestazioni da prenotare
☐	Atletica leggera, Aerobica agonistica, Arrampicata sportiva, Badminton, Body Building, Bowling, Calcio, Ciclismo, Corsa di orientamento, Football americano, Ginnastica artistica, Ippica, kendo, Kick boxing (light contact e semi-contact), Cricket, Lotta, Nuoto, Pallacanestro, Pallavolo, Pattinaggio (artistico, corsa), Sci Alpinismo, Sci fondo, Sci nautico, Sport ghiaccio (Hockey, Velocità, Figura, Curling, Birilli), Squash, Sumo, Surf, Taekwon-do, Tamburello, Tiro alla fune, Trampolino elastico, Ultimate, Tennis, Windsurf. Altri sport di squadra: Baseball, Beach volley, Canottaggio, Danza sportiva, Ginnastica ritmica, Handball, Hockey (su pista, su prato e/o indoor, in linea, su ghiaccio), Mini baseball, Pallanuoto, Pentathlon, Rugby, Softball, Vela. Altri sport individuali: Aikido, Arbitri (qualsiasi disciplina), Bocce (prove veloci), Canoa canadese, Judo, Ju-jitsu, Karate, Kayak, Kung-fu, Lotta greco-romana, Motociclismo (enduro, motocross, trial), Nuoto pinnato, Nuoto salvamento, Nuoto sincronizzato, Scherma, Skateboard, Skiroll, Sollevamento pesi, Sport equestri (attacchi, equitazione – cavalli, equitazione – pony, polo, voltaggio), Tennis Tavolo, Triathlon, Wushu, Wushu kung-fu taolu.	1 Visita medico-sportiva Tab. B1
☐	Biathlon, Pentathlon moderno.	1 Visita medico-sportiva Tab. B2 2 Esame audiometrico tonale 3 Visita otorinolaringoiatrica
☐	Pugilato – Light Boxe, Soft Boxe, Boxe Competition	1 Visita medico-sportiva Tab. B1
☐	Pugilato – Wushu sanda, Savate, Muay Thai, Kick boxing (Low Kick, Thai/Kick), Shoot Boxe LIGHT CONTACT	1 Visita medico-sportiva Tab. B3



☐	Pugilato – Wushu sanda full contact Savate, Muay Thai, Kick boxing (full contact, Low Kick, Thai/Kick), Shoot Boxe. N.B. Per le DONNE oltre agli esami riportati nella colonna affianco, sono previsti anche: 7 Accertamento cromosomico del sesso (alla prima visita) 8 ecografia mammaria 9 esame mammografico 10 visita senologica	1 Visita medico-sportiva Tab. B3 2 Elettroencefalogramma (prima visita) 3 Visita neurologica 4 Esame audiometrico tonale 5 Visita otorinolaringoiatrica 6 Visita oculistica
☐	Bob, Sci alpino discesa libera, Sci combinata salto speciale, Skeleton, Slalom super-gigante, Slittino.	1 Visita medico-sportiva Tab. B4 2 Visita neurologica 3 Elettroencefalogramma (prima visita)
☐	Slalom gigante e speciale, Carving, Freestyle, Sci d'erba, Snowboard, Telemark.	1 Visita medico-sportiva Tab. B5 2 Visita neurologica
☐	Sport subacquei (apnea, immersione didattica, orientamento, sub con respiratore)	1 Visita medico-sportiva Tab. B6 2 Visita otorinolaringoiatrica

Il Presidente dichiara di aver consegnato copia dei moduli da presentare in accettazione al Servizio di Medicina dello Sport il giorno della visita ("**Modulo dati anamnestici, modulo consenso informato e trattamento dati, modulo delega all'accompagnamento del minore**") al genitore/ esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta minorenni per **la presa visione e compilazione** prima della visita, o all'atleta maggiorenne.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi degli ARTT. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali conferiti sono trattati esclusivamente per LO SVOLGIMENTO DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA ALLO SPORT. I DATI, PREVIA ANONIMIZZAZIONE, POSSONO ESSERE TRATTATI ANCHE PER FINALITA' STATISTICA, SCIENTIFICA E DI RICERCA. La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è LO SVOLGIMENTO DI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma.
Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it.

Data _____

Timbro della società sportiva _____ Firma del presidente

N.B. Il presente modulo, correttamente compilato, firmato e timbrato è indispensabile per l'accesso alla prestazione.

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Come prenotare visite ed esami

L'atleta, o un genitore per l'atleta minorenne può prenotare al numero verde 800.629.444

Gli atleti di età superiore ai 18 anni con disabilità possono prenotare la visita di idoneità telefonando o scrivendo una mail alla segreteria del Servizio di Medicina dello Sport della Casa della Salute in largo Natale Palli, 1, Parma. E' possibile telefonare al numero 0521 396680, secondo quanto riportato sul sito www.ausl.pr.it; oppure scrivendo una e-mail all'indirizzo: medicinadellosport.parma@ausl.pr.it

Atleti minorenni

Il minore deve essere accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore/esercente la responsabilità genitoriale o da persona delegata (la modulistica è reperibile all'indirizzo web www.ausl.pr.it)

Atleti disabili

L'atleta disabile minore deve essere accompagnato alla visita medico sportiva da un genitore/esercente la responsabilità genitoriale o da persona delegata (la modulistica è reperibile all'indirizzo web www.ausl.pr.it), o da eventuale altro accompagnatore (i.e. educatore, infermiere del servizio a cui afferisce in relazione alla disabilità).

L'atleta disabile deve portare con sé, il giorno della visita: documentazione attestante il grado di disabilità pari ad un terzo o superiore; l'eventuale piano terapeutico; la documentazione clinica più recente relativa alla disabilità (e.g. referti di visite di controllo, copia di cartella clinica).

Cosa portare al momento della visita

- 1) Richiesta della Società sportiva, compilata in ogni campo, con timbro e firma del Presidente in originale o in forma digitale;
- 2) Documento d'identità dell'atleta.
- 3) Tessera sanitaria.
- 4) Referto esame urine, non antecedente 60 gg.
- 5) Modulo anamnestico in autocertificazione, compilato e firmato dall'atleta (se maggiorenne) o dal genitore / esercente la responsabilità genitoriale (in caso di minorenne) ed il consenso informato all'esecuzione della visita medica e relativi accertamenti.
- 6) eventuale modulo di delega e fotocopia in corso di validità del delegante
- 7) Libretto dello sportivo.
- 8) Referti delle visite e degli esami richiesti.

Si ricorda di

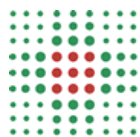
presentarsi alla visita medica con abbigliamento comodo (tuta, scarpette da ginnastica), non a digiuno.
Evitare di presentarsi a visita se non in buone condizioni di salute (febbre, postumi di infortuni recenti, etc)

Per l'esame delle urine, l'atleta deve seguire le indicazioni riportate di seguito:

Il campione urine va consegnato al laboratorio almeno 10 giorni prima della visita medica.

Per la corretta esecuzione dell'esame, è necessario raccogliere l'urina del mattino, appena svegli. Si ricorda che la raccolta del campione urine deve essere fatta a distanza di almeno 24-48 dall'ultimo allenamento/gara/sforzo fisico (l'esercizio fisico può alterare i dati dell'esame).

N.B. Le atlete devono eseguire l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7-10 giorni dal termine del ciclo)



U.O. Medicina dello Sport - AUSL Parma
Richiesta di esame urine completo per idoneità sportiva agonistica
(Cod.esenzione I01)

PER ACCETTAZIONE e CONSEGNA CAMPIONE

(Compilare IN STAMPATELLO il presente modulo con i dati dell'atleta)

Cognome _____ Nome _____

C. F. _____

Data di nascita (g/m/a.) ____/____/____ sesso M F (barrare)

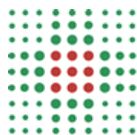
IMPORTANTE

PRESENTARE SEMPRE LA TESSERA SANITARIA

Consegnare le urine in laboratorio almeno 10 giorni prima della visita medica.

Per la corretta esecuzione del test deve essere raccolta la prima urina del mattino, immediatamente dopo il risveglio, a distanza di almeno 24-48 ore da uno sforzo (allenamento, gara).

Le atlete devono effettuare l'esame lontano dal ciclo mestruale (almeno 7 – 10 giorni dal termine).



[MOD 04]

MODULO DI DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / _____, residente a _____, in Via _____

padre / madre / tutore di _____,

nato/a a _____ il _____

N° telefonico a cui il sottoscritto può essere contattato al momento della visita per eventuali necessità (e.g., eventuale necessità di ulteriori notizie sulla salute dell'atleta; conferma della comprensione del consenso informato e del trattamento dei dati): _____

DELEGA

(in accordo con l'altro genitore, dal sottoscritto consultato)

Il/La Sig./ra _____ nato/a _____

il _____, residente in _____, via _____ n. ____

ad accompagnare il suddetto minore presso il Servizio di Medicina Sportiva per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e successive integrazioni).

(ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DELEGATO E DEL DELEGANTE)

Data _____

Firma leggibile del delegante

Firma leggibile del delegato

CONSENSO INFORMATO

INFORMAZIONI SULLE MODALITA' DELLA VISITA MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA.

La visita prevede: raccordo anamnestico, visita medica con esame obiettivo e rilevazione della pressione arteriosa, misurazioni antropometriche (peso, altezza), controllo esame urine per presa visione del referto dell'esame, ECG a riposo e durante sforzo (per le discipline per cui è previsto) ed esame spirometrico.

Per le discipline sportive agonistiche nella **Tab. B**, la normativa prevede l'esecuzione del test da sforzo per la valutazione dell'apparato cardiovascolare.

Tecnicamente il test da sforzo viene eseguito, con monitoraggio elettrocardiografico in continuo (telemetria), utilizzando lo step test o il cicloergometro o il cicloergometro a manovella, con valutazione anche della fase di recupero passivo dopo lo sforzo.

Lo **step test** consiste nel salire e scendere da un gradino (di altezza variabile, in relazione alla statura, età e genere dell'atleta) 30 volte al minuto, per tre minuti.

Il **test al cicloergometro** consiste nel pedalare con carichi crescenti (l'entità della resistenza imposta è in relazione ad età, genere e grado di allenamento riferito) per circa 10 minuti, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari allo 85% della massima teorica.

Il **test all'ergometro a manovella** (dedicato agli atleti che non hanno l'uso degli arti inferiori) consiste nel girare le manovelle con le braccia, con carichi crescenti (l'entità della resistenza imposta è in relazione ad età, genere e grado di allenamento riferito) per circa 10 minuti, fino al raggiungimento di una frequenza cardiaca pari al 75% della massima teorica.

Il test da sforzo può essere seguito da lievi disturbi transitori (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico). Da quanto riportato nella letteratura scientifica, l'eventualità di morte improvvisa risulta assolutamente eccezionale. Viene riportata una frequenza di circa un caso ogni 80.000 esami (GH Kimberly, 2014). A fronte di tale evidenza scientifica, per la maggiore sicurezza dell'atleta, il test viene eseguito soltanto al termine di un'accurata visita medica e dopo l'ECG a riposo. Inoltre, il medico è sempre presente ed il personale ha a disposizione le opportune attrezzature per l'emergenza.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ ,residente a _____ , in Via _____

padre / madre / tutore di _____ , nato/a a _____ il _____

DICHIARA:

- di ESSERE STATO INFORMATO in modo chiaro e comprensibile, a voce e per iscritto, sullo svolgimento e sui rischi della visita medico sportiva (D.M. 18/02/1982 e DGR 775/2004 e succ. int.) e i relativi accertamenti;
- di AVERE OTTENUTO RISPOSTE E SPIEGAZIONI, CHE HA BEN COMPRESO, ad eventuali richieste di chiarimenti;

Pertanto, in accordo con l'altro genitore dal sottoscritto consultato, dichiara consapevolmente di

ACCONSENTIRE ☐

NON ACCONSENTIRE ☐

(barrare con una x la voce che interessa)

all'esecuzione della visita medica come sopra descritta

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi degli ARTT. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali conferiti sono trattati esclusivamente per LO SVOLGIMENTO DELLA VISITA E DEGLI ACCERTAMENTI PER L'IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA ALLO SPORT. I DATI, PREVIA ANONIMIZZAZIONE, POSSONO ESSERE TRATTATI ANCHE PER FINALITA' STATISTICA, SCIENTIFICA E DI RICERCA. La base giuridica che conferisce liceità alle operazioni di trattamento è LO SVOLGIMENTO DI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma. Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it.

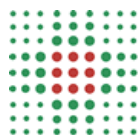
Data _____

Firma leggibile del genitore o
eserccente la responsabilità genitoriale

Firma e timbro del MEDICO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

NB.

- 1) IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO COMPILATO E FIRMATO.
- 2) I MINORI VENGONO VISITATI ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA DEL GENITORE/ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/DELEGATO.
- 3) IN ASSENZA DEL GENITOR/ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE/DELEGATO O DELLA MODULISTICA COMPLETA NON SARA' POSSIBILE EFFETTUARE LA VISITA.



**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT PER MINORENNE:
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI.**

Si richiede la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta.

N.B. Si ricorda di essere presenti in ambulatorio 10 minuti prima dell'orario della visita

ISTRUZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE: per ogni voce bisogna barrare con una **X** il **NO** oppure il **SI**, si prega di non lasciare in bianco nessuna voce, a meno di dubbi che possono essere chiariti dal medico al momento della visita.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____

GENITORE/esercente la responsabilità genitoriale
DELL'ATLETA _____

nato a _____ PR. _____ il ____/____/____,

Codice Fiscale (dell'atleta): _____; C. d'identità (dell'atleta): _____

tel/cell. (del genitore/es. responsabilità genitoriale) _____; e-mail _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

in accordo con l'altro genitore (dal sottoscritto consultato)

Quella odierna è la prima visita di idoneità agonistica? NO SI	Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri ? NO SI	E' mai risultato non idoneo ? NO SI Motivo:.....
---	--	--

1) Anamnesi familiare (informazioni sanitarie sulla famiglia: genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati o sono affetti dalle malattie di seguito riportate):

Nel caso, indicare se l'atleta è stato adottato/in affido ☐ , all'età di _____ anni

I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI

Malattie di cuore: NO SI Chi?	Pressione alta: NO SI Chi?	Ictus: NO SI Chi?	Morti improvvise NO SI Chi, a che età
Aritmie: NO SI Chi?	Colesterolo alto: NO SI Chi?	Problemi renali: NO SI Chi?	Altro: NO SI
Infarto: NO SI Chi?	Diabete: NO SI Chi?	Problemi tiroidei: NO SI Chi?	

2) Anamnesi fisiologica (dati fisiologici dell'atleta):

IN CASO DI VISITA SUCCESSIVA, I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO
SI

Nato da parto: Naturale? NO SI Gemellare? NO SI Cesareo? NO SI Prematuro? NO SI	Età primo ciclo mestruale: ... anni	Cicli di ritorno regolari NO SI Irregolari NO SI per periodicità NO SI per durata NO SI per quantità NO SI
Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI		

Dieta varia NO SI priva di latticini NO SI priva di glutine NO SI Altro.....	Digestione: regolare NO SI lenta NO SI Bruciori gastrici NO SI Altro.....	Alvo: regolare NO SI tendenzialmente stitico NO SI stitico NO SI diarroico NO SI Altro.....
Diuresi fisiologica NO SI Minzione notturna >1 NO SI Altro.....	Sonno: fisiologico NO SI Difficoltà nell'addormentamento NO SI Risvegli notturni NO SI Altro.....	

3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta:

Fumo NO SI num. sig./die..... Alcol NO SI ☐ occasionale ☐ moderato ☐ spesso	Usa integratori NO SI ☐ vitaminici ☐ salini ☐ proteici ☐ Altro.....	Assume farmaci: NO SI, specificare:.....
Ore attività sportiva organizzata a settimana ☐ 0-4 ☐ 6-8 ☐ 8-12 ☐ più di 12	Ore attività fisica libera a settimana ☐ 0-3 ☐ 3-6 ☐ più di 6	Da quanti anni pratica attività sportiva organizzata?.....

4) Anamnesi patologica (raccolta dati patologici riguardanti l'atleta):

Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? NO SI Eventualmente ha avuto: Varicella NO SI Parotite NO SI Mononucleosi NO SI a che età? Altro:	Malattie di cuore: NO SI Soffio NO SI Valvole NO SI Aritmie NO SI Miocardite NO SI Pericardite NO SI Altro:	Malattie apparato respiratorio: NO SI Tonsilliti: NO SI Sinusiti: NO SI Bronchiti: NO SI Polmoniti: NO SI Asma da sforzo: NO SI Asma allergico: NO SI Altro:	Manifestazioni anomale durante attività sportiva: NO SI Svenimenti NO SI Dispnea: NO SI Dolore al petto: NO SI Palpitazioni: NO SI Vertigini: NO SI Altro:
--	---	---	--

Malattie intestino: NO SI Salmonellosi NO SI M. Celiaco NO SI Gastrite NO SI Epatiti, quali: A NO SI B NO SI C NO SI Altro:	Malattie renali: NO SI Sangue nelle urine NO SI Proteine nelle urine NO SI Altro:	Allergie: NO SI Allergia cutanea NO SI Allergia respiratoria NO SI shock allergico NO SI Altro:	Apparato locomotore: Scoliosi NO SI Dorso Curvo NO SI Scapole alate NO SI Piede piatto NO SI Piede cavo NO SI Altro:
Apparato neurologico: Mal di testa NO SI Convulsioni NO SI Epilessia NO SI Trauma cranico NO SI Altro:	Malattie tiroide NO SI Diabete NO SI Altro: Febbre reumatica NO SI Altro: Anemia NO SI	Disturbi visivi NO SI Miopia NO SI Astigmatismo NO SI Ipermetropia NO SI Visus corretto OD...../10 OS...../10 Difficoltà visione colori NO SI	Disturbi orecchio NO SI Otitis NO SI Riduzione udito NO SI Sordità NO SI Altro:

Ricoveri per interventi chirurgici NO SI	Adenoidi	NO	SI	Altri interventi NO SI, specificare:.....
	Tonsille	NO	SI	
	Appendicite	NO	SI	
	Ernia inguinale	NO	SI	
Ha avuto traumi? NO SI	Distorsioni	NO	SI,	specificare:..... Fratture NO SI, specificare:..... Lesioni muscolari NO SI, specificare:..... Lesioni articolari NO SI, specificare:.....
Alle precedenti visite mediche le hanno mai prescritto uno o più dei seguenti esami? Ecocardiocolordoppler NO SI, specificare:..... Holter cardiaco delle 24 ore NO SI, specificare:..... Holter pressorio delle 24 ore NO SI, specificare:..... Test ergometrico massimale NO SI, specificare:..... RMN cardiaca NO SI, specificare:..... Altro.....				

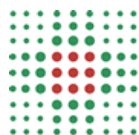
DICHIARA INOLTRE:

di aver riferito al medico tutte le informazioni relative alle condizioni psico-fisiche attuali e pregresse del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite per l'accertamento dell'idoneità agonistica allo sport;

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, e ,informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco, dall'abuso di alcol e dall'uso/pratiche di sostanze/pratiche dopanti, di adoperarsi per quanto possibile a non fargli/le fare uso di tabacco, bevande alcoliche, sostanze/pratiche dopanti.

Data _____

Firma del genitore o
esercente responsabilità genitoriale



[MOD 18]

DELEGA RITIRO REFERTI

DATA PREVISTA CONSEGNA REFERTI: _____

PRESSO: _____

ORARIO APERTURA SEGRETERIA PER

RITIRO: _____

Si informa che, per tutelare la riservatezza dei dati personali, il referto può essere ritirato solo dalla persona direttamente interessata, provvista di documento di identità valido da esibire o da persona delegata.

In caso di delega, la persona delegata deve presentarsi munita di:

- copia del documento d'identità, in corso di validità, del delegante (da allegare);
- originale o copia del proprio documento di identità, in corso di validità (da esibire) ;
- del presente modulo debitamente compilato.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____, in Via _____ n. _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____

in qualità di :

☐ diretto interessato

☐ genitore del minore _____

C.F. _____

☐ tutore/amministratore di sostegno di _____

C.F. _____

☐ RITIRO PERSONALMENTE IL REFERTO oppure

☐ DELEGO

il Sig./la Sig.ra _____ nato/ a _____ il _____,
residente a _____, in Via _____ n. _____,
documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato da _____ in data _____
al ritiro della seguente documentazione sanitaria _____
per le prestazioni effettuate in data _____

Il/la suddetto/a dichiara di essere informato, ai sensi e per effetti del GDPR UE 2016/679 (General Data Protection Regulation) e di acconsentire al trattamento dei dati personale e sensibili per i fini connessi alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica materia, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Titolare del trattamento è l'Azienda USL di Parma. Informazioni dettagliate sul trattamento dei dati sono consultabili sul sito www.ausl.pr.it.

Data _____

Firma del delegante _____

Firma del delegato o di chi ritira il referto _____