

SCHEDA ADESIONE GRUPPO DI CAMMINO DI

Io sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a

il

Residente a

Via

n°

Recapito telefonico

Altro recapito telefonico (da contattare in caso di necessità)

e-mail

- Chiede di partecipare in forma volontaria, libera e gratuita al Gruppo di Cammino;

l'iscrizione al Gruppo di Cammino. A tal fine allego il modulo di assunzione di responsabilità, obbligatorio per l'iscrizione al Gruppo di Cammino.

Data

Firma

REGOLAMENTO UE 2016/679 Gentile Signora/e la ASL Lanusei tratterà i Suoi dati personali secondo le disposizioni di legge previste dalla normativa vigente. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati da Lei forniti sono necessari per l'organizzazione del gruppo cammino, la verifica della partecipazione all'iniziativa, per finalità statistiche e di rendicontazione. In relazione alle suddette finalità, le modalità di trattamento dei suoi dati potranno avvenire mediante strumenti cartacei o con l'ausilio di sistemi informatici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la riservatezza degli stessi mediante l'adozione delle idonee misure di sicurezza. I dati potranno essere comunicati a soggetti terzi per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali e all'Agenzia di Tutela della Salute nel rispetto delle disposizioni di cui al diritto all'accesso. La comunicazione dei dati è comunque limitata a quelli strettamente necessari ad effettuare adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità. Titolare del trattamento dei dati è (art. 4 comma 7); Responsabile del trattamento dei dati è (art. 4 comma 8) il Responsabile del In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti ai sensi del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi ai Responsabili del trattamento per conoscere i propri dati, chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione di dati erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il conferimento dei dati da parte dell'interessato è strettamente necessario per poter partecipare al Gruppo di Cammino. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati. Esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa

Data

Firma

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ PARTECIPAZIONE AL GRUPPO DI CAMMINO

Il/La Sottoscritto/a

nato a

il

e residente in

Via

Peso

Altezza

L'attività fisica svolta con il Gruppo di Cammino non comporta alcun problema o rischio per la maggior parte delle persone. L'ipertensione controllata, l'eccesso di peso e il comune mal di schiena non rappresentano una controindicazione alla partecipazione al gruppo di cammino tuttavia, a tutela della sua salute e per sollevare il suo Capo Passeggiata da eventuali responsabilità è necessario che lei risponda alle domande e che compili la parte sotto riportata:

Avverte qualche tipo di dolore al petto quando fa uno sforzo fisico?

SI

NO

Ha accusato dolore al petto non collegato a sforzo fisico nell'ultimo mese?

SI

NO

Le è capitato di perdere l'equilibrio a causa di vertigini?

SI

NO

Le è capitato di perdere conoscenza?

SI

NO

Il suo medico di fiducia le ha detto che in base alla sua condizione deve limitare l'attività fisica? SI

NO

È stato completamente inattivo per un lungo periodo?

SI

NO

Io sottoscritto/a

Cognome

Nome

sono consapevole che

se ho risposto **SI** a una delle domande sopra riportate devo contattare il mio medico di famiglia affinché mi consigli sulla mia partecipazione al Gruppo di Cammino.

se ho risposto **NO** a tutte le domande sopra riportate devo comunque iniziare lentamente e aumentare gradualmente l'attività fisica.

e CHIEDO di partecipare al Gruppo di Cammino sotto la mia personale responsabilità e mi impegno a rivolgermi al mio medico di famiglia in presenza di problemi di salute antecedenti o insorti durante l'esercizio.

Data

Firma
