



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

GRUPPO CAMMINO SAN FRANCESCO AL CAMPO

Il/La sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____ tel. _____

FORNISCE CONSENSO INFORMATO ALLA PARTECIPAZIONE

Le attività svolte con il gruppo di cammino non comportano alcun problema o rischio per la maggior parte delle persone. Tuttavia, per molti rappresentano un significativo aumento del movimento quotidiano.

A tutela della tua salute e per sollevare il tuo conduttore (walking leader) da eventuali responsabilità è necessario che tu risponda alle domande sotto riportate segnando con una **X** le risposte:

- avverti qualche tipo di dolore al petto quando fai uno sforzo fisico? SI NO
- hai accusato dolore al petto non collegato a sforzo fisico nell'ultimo mese? SI NO
- ti è capitato, negli ultimi mesi, di perdere l'equilibrio a causa di vertigini? SI NO
- in qualche occasione ti è capitato di perdere conoscenza? SI NO
- il tuo medico di fiducia ti ha già consigliato limitare l'attività fisica in base alle tue condizioni di salute? SI NO
- sei stato completamente inattivo per un lungo periodo? SI NO

Consapevole che:

se ho risposto SI a una delle domande devo contattare il mio medico di fiducia per consigliarmi sulla mia partecipazione al gruppo di cammino.

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

Partecipo al gruppo di cammino sotto la mia responsabilità.

Data _____

Firma _____

Il trattamento dei dati personali viene svolto ai sensi, nel rispetto e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003. Non saranno comunicati a terzi ed in qualsiasi momento se ne potrà richiedere la cancellazione; saranno utilizzati per le sole finalità previste dal T.U. di cui al D.P.R. 570/1960 e dal D. Lgs. 267/2000