

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI AL CITTADINO

Gentile Signore/a

La preghiamo di leggere attentamente e sottoscrivere la seguente informativa:

1. L'Attività Fisica Adattata – AFA – **non è un'attività sanitaria**. Viene svolta in forma di gruppo e condotta da personale esperto anche non sanitario, con programmi adattati a basso impatto, ma non personalizzati. La sua scelta di partecipare all'AFA implica l'adesione ad uno stile di vita attivo, che include appunto l'attività motoria di gruppo. Per partecipare a questo tipo di attività non è necessaria la certificazione medica; tuttavia, per la sua sicurezza in termini di salute, è opportuno consultare il suo Medico di fiducia, che conoscendo le sue condizioni cliniche può darle un parere **prima** di iniziare l'attività in palestra o in piscina.
2. Per partecipare all'Attività Fisica Adattata – AFA – le verrà fatta una valutazione (secondo la *DGRT 903/2017*) per identificare il programma di esercizio più adatto a lei; le chiederemo i dati anagrafici, alcune informazioni relative al suo stile di vita e capacità di cammino, per la compilazione di appositi questionari. I dati raccolti non saranno divulgati e verranno utilizzati esclusivamente in forma anonima a fini statistici e/o di ricerca; inoltre, saranno conservati solo per il tempo necessario agli scopi sopra descritti.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome in stampatello)

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali e relativi al proprio stato di salute, secondo le modalità previste dalla L. 196/2003, per le finalità di cui sopra.

Inoltre, dichiara di aver letto e compreso i punti 1 e 2 della presente informativa, per cui:

CONFERMA DI AVER GIÀ RICEVUTO IL PARERE POSITIVO DEL MEDICO

SI IMPEGNA AD INFORMARE IL PROPRIO MEDICO

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_