



## MODULO DI CLASSIFICAZIONE PER ATLETI CON DISABILITA' FISICHE

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO DAL MEDICO DI FIDUCIA DELL'ATLETA.  
SIA IL MODULO CHE LA DOCUMENTAZIONE MEDICA ALLEGATA NON POSSONO ESSERE REDATTI DA PIU' DI 12  
MESI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.

Si prega di compilare il modulo in modo leggibile e in stampatello. Le domande incomplete non saranno accettate e dovranno essere ripresentate.

### INFORMAZIONI ATLETA

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza completo	
E-mail	
Recapito telefonico	
Società di appartenenza	

### INFORMAZIONI MEDICHE

Diagnosi medica primaria:				
La menomazione è:	<input type="checkbox"/> Congenita	<input type="checkbox"/> Acquisita, anno _____		
La menomazione è:	<input type="checkbox"/> Stabile	<input type="checkbox"/> Progressiva	<input type="checkbox"/> Fluttuante	<input type="checkbox"/> Permanente
Farmaci e terapie mediche utilizzate:				
<b>Indicare quale delle seguenti menomazioni ammissibili presenta l'atleta:</b>				
<input type="checkbox"/> Forza muscolare compromessa	<input type="checkbox"/> Differenza di lunghezza delle gambe	<input type="checkbox"/> Atassia		
<input type="checkbox"/> Range di movimento passivo compromesso	<input type="checkbox"/> Bassa statura (altezza: cm _____)	<input type="checkbox"/> Atetosi		
<input type="checkbox"/> Carenza di arti	<input type="checkbox"/> Ipertonìa			
COMMENTI AGGIUNTIVI (Descrizione della menomazione fisica e della perdita di funzione ad essa associata)				

**N.B. Le menomazioni fisiche diverse da quelle sopra elencate sono considerate criteri non eleggibili e quindi non ammissibili per assegnazione di classe sportiva.**

## ALLEGATI AL MODULO DI DIAGNOSI MEDICA

La condizione di salute dell'atleta, come indicato in questo modulo, e la conseguente menomazione devono spiegare completamente la perdita di funzionalità esibita dall'atleta durante la valutazione dello stesso. In caso contrario, nessuna **Classe Sportiva può essere assegnata dalla Commissione di classificazione che segue quanto stabilito nel Regolamento di Classificazione IFSC.** Pertanto, la **documentazione medica aggiuntiva e non più vecchia di 12 mesi deve essere allegata** a questo modulo se l'atleta ha:

	DOCUMENTI NECESSARI
Una menomazione o una diagnosi che non può essere accertata da segni e sintomi chiari.	Lettera del medico dell'atleta che descriva queste menomazioni in modo abbastanza dettagliato da accertare l'idoneità a gareggiare.
Una condizione di salute complessa o rara, o menomazioni multiple.	Lettera del medico dell'atleta che descriva queste menomazioni in modo abbastanza dettagliato da accertare l'idoneità a gareggiare.
Deficit di arto (amputazione o dismelia) a livello di caviglia, ginocchio, polso o articolazione del gomito.	Una radiografia o una foto recente per ogni arto colpito.
Una lesione del midollo spinale.	Recenti risultati della scala ASIA.
Una compromissione del ROM della colonna vertebrale	Radiografia recente della colonna vertebrale
Una menomazione che porta all'atassia	Lettera del medico dell'atleta che descrive l'effetto della menomazione sulla funzione dell'atleta.
Una menomazione che porta all'atetosi	Lettera del medico dell'atleta che descrive l'effetto della menomazione sulla funzione dell'atleta.
Una delle menomazioni che portano all'ipertonìa (dystonia e spasticità)	Punteggi Ashworth modificati o punteggi Australian Spasticity Assessment per il/i gruppo/i muscolare/i interessato/i.

### **IMPORTANTE**

**Se non è possibile fornire la documentazione di cui sopra associata alla menomazione descritta, si prega di allegare una relazione medica specialistica che contenga informazioni che sostituiscono adeguatamente la valutazione richiesta. I referti di ulteriori test effettuati da medici, fisioterapisti e altri professionisti sanitari, se pertinenti, sono accettati per integrare le informazioni diagnostiche mediche.**

**La commissione di classificazione ha la facoltà di chiedere ulteriori informazioni da presentare, a seconda delle condizioni di salute e della menomazione del singolo atleta.**



## DICHIARAZIONE DEL MEDICO

- Certifico che le informazioni di cui sopra sono adeguate dal punto di vista medico.
- Certifico che non ci sono controindicazioni per questo individuo a competere a livello agonistico nello sport menzionato e che è in possesso dell'idoneità sport specifico alla sport del para- climbing (che deve essere allegato)

Nome e Cognome:

Specialità medica:

Iscritto all'Ordine dei Medici di:

Indirizzo:

E-mail

Tessera n°:

Città:

Recapito telefonico

Data

FIRMA E TIMBRO



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'ART. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR)**

Il sottoscritto, titolare della cartella clinica, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UR 2016/679 - GDPR, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali,

CONSENTE

Alla FASI nelle persone del proprio personale sanitario ed addetto alla classificazione paraclimbing, la raccolta ed il trattamento dei dati personali per l'assegnazione della classe sportiva.

**Il sottoscritto DICHIARA** INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE TUTTI I DATI RIGUARDANTI POSSONO ESSERE TRASMESSI D'UFFICIO AD ALTRE FIGURE SANITARIE CHE POSSONO ESSERE COINVOLTE NEL RAGGIUNGIMENTO DELLO SCOPO, **CON LA TUTELA DOVUTA ALLA RISERVATEZZA PREVISTA DALLA TRASMISSIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE TRA LE FIGURE SUINDICATE, ART. 622 C.P.).**

PER ALTRE FIGURE NON COMPRESI IN QUELLE ESPRESSAMENTE SOPRACITATE, LA TRASMISSIONE/RITIRO DI TUTTI O PARTE DEI DATI POTRA' AVVENIRE SOLTANTO CON SPECIFICA DELEGA DEL SOTTOSCRITTO.

DATA

FIRMA

Si richiede di allegare alla presente documentazione copia di un documento d'identità in corso di validità.