



L'UGL di Palermo in cooperazione con **L'Associazione Movimento per la Salute dei Giovani**, nell'ambito dell'iniziativa sociale **"INSIEME CON IL CUORE"**, in data **30 Novembre 2023 DALLE 14:30 ALLE 18:00** presso l'UGL – UTL con sede in **Corso Camillo Finocchiaro Aprile,40 Palermo**, verrà effettuato uno screening elettrocardiografico a bambini e ragazzi dai 4 ai 18 anni.

L'attività sanitaria è finalizzata ad evidenziare eventuali alterazioni del ritmo cardiaco per prevenire le patologie cardiologiche in età infantile.

Si richiede la **PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA** contattando i seguenti numeri:

3290114618 (Aldo Li Vecchi)

34552110125 (Ernesto Casiglia)

La prenotazione prevede la compilazione obbligatoria dei seguenti modelli:

Modello dei dati personali della persona che si deve sottoporre al controllo (allegato A);

Modello consenso "esecuzione ECG" da compilare a cura del genitore/tutore (Allegato B).

I due modelli ai fini di snellire la procedura di accoglimento presso la sede devono essere stati già compilati, per non perdere il turno considerate le innumerevoli prenotazioni.

SEGRETERIA UGL PALERMO

ugl.segreteriatlc.sicilia@gmail.com



“MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI”

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE
ENTE DEL TERZO SETTORE

WWW.MOVSALUTEGIOVANI.IT

 **INSIEME**
CON IL CUORE



INIZIATIVA DI PREVENZIONE SANITARIA

ELETTROCARDIOGRAMMI

GIOVEDÌ 30 NOVEMBRE 2023

DALLE 14:30 ALLE 18:00

presso l'UGL – UTL

Corso C. Finocchiaro Aprile,40

Palermo

PRENOTAZIONE OBBLIGATORIA

3290114618 (Aldo Li Vecchi)

34552110125 (Ernesto Casiglia)

L'Associazione **Movimento per la Salute dei Giovani**, nell'ambito dell'iniziativa sociale **“INSIEME CON IL CUORE”**, in cooperazione con **l'UGL-UTL di Palermo**, effettuerà uno **screening elettrocardiografico a bambini e ragazzi dai 04 ai 16 anni**. L'attività sanitaria è finalizzata ad evidenziare eventuali alterazioni del ritmo cardiaco per prevenire le patologie cardiologiche in età infantile.

L'iniziativa è inserita nel Progetto di Prevenzione Sanitaria di “Medicina Scolastica” promosso da:

- Assessorato della Salute della Regione Siciliana
- Assessorato dell'Istruzione e della Formazione della Regione Siciliana
- Ordini Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Sicilia
- Ufficio Scolastico Regionale.



Telecomunicazioni





"MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI"

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE
ENTE DEL TERZO SETTORE

WWW.MOVSALUTEGIOVANI.IT

INSIEME CON IL CUORE



DATI PERSONALI

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Prov. (_____)

Peso: Kg _____ Altezza: cm _____

Pratica sport NO SI (specificare) _____

PATOLOGIE PERSONALI DA SEGNALARE

Malattie Cardiache NO SI (specificare) _____

Affanno NO SI

Stanchezza NO SI

Aritmia NO SI

Mal di testa frequenti NO SI

Vertigini NO SI

Disturbi visivi NO SI

Asma NO SI

Diabete NO SI

Epilessia NO SI

Altro (specificare) _____

Assume farmaci NO SI (specificare) _____

Durante l'attività fisica o a riposo ha mai avuto:

Dolore al torace Cuore in gola Tachicardia Fame d'aria Svenimento

PATOLOGIE DEI FAMILIARI (genitori, fratelli, nonni, cugini, zii)

Diabete NO SI Chi: _____

Asma NO SI Chi: _____

Iperensione Arteriosa NO SI Chi: _____

Morte improvvisa NO SI Chi: _____

Malattie di cuore NO SI Chi: _____

Infarto NO SI Chi: _____

Epilessia NO SI Chi: _____

Altro (specificare) _____



“MOVIMENTO PER LA SALUTE DEI GIOVANI”

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

ENTE DEL TERZO SETTORE

WWW.MOVSALUTEGIOVANI.IT

INSIEME CON IL CUORE



MODULO PER IL CONSENSO DI ESECUZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____ residente a _____

Prov. (_____) Via _____

Nr. _____ Recapito Telefonico: _____

GENITORE **TUTORE** **ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'**

del/la minore _____

nato/a a _____ Prov. (_____)

il _____:

AUTORIZZO l'esecuzione di un elettrocardiogramma, a titolo gratuito, da parte degli operatori dell'Associazione "Movimento per la Salute dei Giovani", nel contesto dell'iniziativa denominata "INSIEME CON IL CUORE".

AUTORIZZO la refertazione dell'ECG, che sarà eseguita da uno dei seguenti Cardiologi:

Dr. Maurizio Mongiovì, Dr. Giovanni Fazio, Dr. Annalisa Alaimo, Dr. Sabrina Spoto, Dr. Fabrizia Centineo e Dr. Michele Saitta.

ACCONSENTO (SI) (NO)

la ricezione di notizie inerenti le attività sociali dell'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

DICHIARA

- di essere stato informato, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i propri dati personali forniti all'atto della compilazione del presente modulo, richiesto dall'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani", saranno trattati in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili, con modalità automatiche, anche mediante sistemi informatizzati solo ed esclusivamente per le finalità direttamente connesse alle attività sociali dell'Associazione.
- di acconsentire con la presente dichiarazione, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili;
- di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti dall'art. 7 della Legge 196/2003 e ss. mm., tra i quali il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati nonché la loro cancellazione, mediante comunicazione scritta da inoltrarsi al titolare del trattamento dati ai sensi e per gli effetti della stessa legge.

Il titolare dei dati trattati è l'Associazione APS "Movimento per la Salute dei Giovani".

LUOGO _____

DATA _____

FIRMA
