



## MODULO PER LE CLASSIFICAZIONI FUNZIONALI

Ai fini degli adempimenti previsti dall'articolo 13 del Regolamento EU 2016/679 - GDPR – la FEDERAZIONE CICLISTICA ITALIANA (FCI) in qualità di Titolare del Trattamento Le fornisce le seguenti informazioni in merito al trattamento dei dati da Lei forniti ai fini della compilazione del presente modello. I dati personali che Lei fornisce saranno trattati al solo fine di attribuirLe la corretta classificazione funzionale, come previsto dal regolamento FCI vigente, da Lei accettato. I dati saranno trattati oltre che con modalità cartacee anche con modalità informatiche con l'adozione di idonee misure di sicurezza come previsto dall'art. 32 del GDPR. La compilazione del modulo comporta da parte di FCI, oltre al trattamento dei dati comuni (dati anagrafici e di contatto), anche il trattamento di dati definiti dal GDPR "particolari", in quanto idonei a rilevare uno stato di salute; per il trattamento di tali dati è necessario il consenso dell'interessato in forma scritta che, pertanto, Le viene di seguito richiesto.

Il conferimento dei dati è facoltativo ma indispensabile poiché in assenza del conferimento dei dati non potremmo procedere con l'attribuzione della classificazione.

I Suoi dati anagrafici ed i risultati della classificazione verranno comunicati alla Sua Società di appartenenza. I dati verranno conservati a tempo indeterminato.

La FCI formalizzerà sul fattore K i cambi di categoria, se necessario e provvederà all'aggiornamento della Master List pubblicata sul sito federale. I Suoi diritti, in relazione al trattamento dei dati, sono quelli previsti dagli artt. da 15 a 22 del GDPR meglio descritti nell'informativa completa fornitaLe all'atto del tesseramento, disponibile sul sito [www.federciclismo.it](http://www.federciclismo.it), ed alla quale si rimanda.

### CONSENSO SCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SANITARI

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tessera FCI \_\_\_\_\_ Cod UCI \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

presa visione dell'informativa privacy che precede ESPRIMO IL MIO CONSENSO al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le finalità di classificazione funzionale.

Data \_\_\_\_\_ firma dell'Atleta \_\_\_\_\_

## Modulo Diagnostico Medico per Atleti con Disabilità Visiva

### Informazioni Atleta:

Cognome:	
Nome:	
Genere:	<input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio
Data di nascita:	
Federazione Nazionale (FN/NPC):	
ID UCI:	
Classe sportiva:	
Stato classe sportiva:	

### Diagnosi Medica dell'Atleta:

### Storia Clinica

Età di insorgenza \_\_\_\_\_

Descrizione progressione \_\_\_\_\_

L'atleta indossa occhiali:

sì  no

Correzione:

Destra: \_\_\_\_\_

Sinistra: \_\_\_\_\_

L'atleta indossa lenti a contatto:

sì  no

Correzione:

Destra: \_\_\_\_\_

Sinistra: \_\_\_\_\_

L'atleta indossa una protesi  
oculare:

destra  sinistra

FARMACI	
Farmaci utilizzati dall'atleta:	
Allergie a medicinali:	

### Valutazione dell'Acuità Visiva e del Campo Visivo

ACUITÀ VISIVA		
	Occhio destro	Occhio sinistro
Con correzione		
Senza correzione		

Tipo di correzione \_\_\_\_\_

Metodo di misurazione \_\_\_\_\_

CAMPO VISIVO		
In gradi (diametro)	Occhio destro	Occhio sinistro

### Allegati al modulo di diagnosi medica

#### 1. Esame del campo visivo

Per tutti gli atleti con campo visivo ridotto, è necessario allegare a questo modulo un esame del campo visivo. Il campo visivo dell'atleta deve essere valutato tramite un test a campo pieno (120 gradi) e tramite un test del campo centrale a 30, 24 o 10 gradi, in base alla patologia. Per la valutazione è necessario utilizzare uno dei seguenti perimetri: Perimetro di Goldmann (Intensità III/4), Humphrey Field Analyzer oppure Octopus (Interzeag).

#### 2. Documentazione medica aggiuntiva

Indicare quale patologia oculare interessa l'atleta.

CONDIZIONE OCULARE	DOCUMENTAZIONE MEDICA AGGIUNTIVA RICHIESTA
<input type="checkbox"/> Patologie anteriori	▪ Nessuno
<input type="checkbox"/> Patologie maculari	▪ OCT maculare ▪ ERG multifocale e/o pattern* ▪ VEP* ▪ Aspetto del modello VEP*
<input type="checkbox"/> Patologia della retina periferica	▪ ERG a campo pieno* ▪ ERG pattern*
<input type="checkbox"/> Patologia del nervo ottico	▪ OTT ▪ Modello ERG* ▪ Modello VEP* ▪ Aspetto del modello VEP*
<input type="checkbox"/> Patologia corticale / neurologica	▪ Modello VEP* ▪ Modello ERG* ▪ Aspetto del modello VEP*

*I segni oculari devono essere coerenti con la diagnosi e il grado di perdita visiva. Se la condizione oculare è evidente e visibile e giustifica la perdita della vista, non è necessaria ulteriore documentazione medica. In caso contrario, la documentazione medica aggiuntiva indicata nella tabella sopra deve essere allegata a questo modulo. Se la documentazione medica risulta incompleta, non sarà possibile assegnare una classe sportiva.*

**\*Note sulle valutazioni elettrofisiologiche (VEP e ERG):**

*In presenza di discrepanze o possibili discrepanze tra il grado di perdita visiva e i segni clinici visibili, l'uso dell'elettrofisiologia visiva è spesso utile per dimostrare il livello di compromissione.*

**I dati inviati devono includere** il referto del laboratorio che ha effettuato i test, copie dei dati originali, il range dei dati normativi di quel laboratorio, e una dichiarazione relativa alle apparecchiature utilizzate e al loro stato di calibrazione. I test devono essere eseguiti almeno secondo gli standard stabiliti dalla International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

L'elettroretinogramma a campo pieno (ERG) valuta la funzione dell'intera retina in risposta a brevi lampi di luce, distinguendo tra sistema mediato dai bastoncelli o dai coni. Tuttavia non fornisce informazioni sulla funzione maculare.

3. Il Pattern ERG analizza la funzione retinica centrale, guidata dai coni maculari ma principalmente originata dalle cellule gangliari della retina.

4. Il Multifocal ERG valuta l'area centrale (circa 50 gradi di diametro) e offre una rappresentazione topografica dell'attività retinica centrale.

Il potenziale corticale evocato visivo (VEP) registra il segnale prodotto nella corteccia visiva primaria (V1), in risposta a uno stimolo a pattern o a un impulso luminoso. Un VEP assente o alterato non rappresenta di per sé una prova di specifici problemi al nervo ottico o alla corteccia visiva, a meno che non sia stata dimostrata una normale funzione retinica centrale.

Il Pattern appearance VEP è una versione specializzata del VEP utilizzata per determinare la soglia visiva, utile per dimostrare in modo oggettivo la capacità visiva fino al livello della corteccia visiva primaria.

<input type="checkbox"/> <b>Confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Attesto che non sussistono controindicazioni affinché questo atleta possa gareggiare a livello competitivo.</b>	
Professionista sanitario:	
Specializzazione:	
Numero iscrizione Albo:	
Indirizzo:	
Città:	Prov:
Telefono:	E-mail:
Firma:	Data:

Nome e firma dell'atleta:	
---------------------------	--