



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, 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 di richiesta di revisione medica

Chi può presentare una richiesta di revisione medica?

La richiesta di revisione medica deve essere presentata per gli atleti con status Confermato o Revisione con data fissa, quando la loro disabilità e le limitazioni nelle attività non sono più coerenti con la loro attuale categoria.

È necessario inoltrare una richiesta di revisione medica nei seguenti casi:

- Il deficit dell'atleta è progressivo e si è aggravato al punto che probabilmente non corrisponde più alla sua attuale categoria; oppure
- L'atleta ha subito un ulteriore deficit, infortunio o condizione di salute che influisce sulla funzionalità; oppure
- Il deficit rilevante o la limitazione dell'attività dell'atleta si sono attenuati, grazie a interventi medici o altri fattori.

Richiesta di Revisione Medica

La richiesta di revisione medica deve includere:

- Questo modulo compilato in tutte le sue parti da un medico di medicina generale o specialista;
- Documentazione medica allegata che dimostri che il deficit dell'atleta è cambiato rispetto all'ultima valutazione effettuata.

La richiesta di revisione medica deve essere inviata alla Segreteria della Federazione Ciclistica Italiana all'indirizzo paralimpico@federciclismo.it almeno **15 giorni** prima della sessione di classificazione indetta nell'ambito della competizione a cui l'atleta intende partecipare.

Conseguenze di una richiesta di revisione medica

Se la FCI approva la richiesta di revisione medica, lo status della categoria sportiva dell'atleta verrà aggiornato a Revisione. Di conseguenza, l'atleta dovrà sottoporsi nuovamente alla Valutazione Atleta alla prima occasione utile. Si precisa che la rivalutazione non garantisce che la categoria sportiva dell'atleta venga modificata.

Conseguenze della mancata richiesta di revisione medica

Nel caso in cui la FCI stabilisca che (a) la richiesta di revisione medica doveva essere presentata e che (b) l'atleta era a conoscenza, o avrebbe dovuto esserlo, di tale obbligo, la mancata presentazione potrà essere considerata come Dolo Intenzionale da parte dell'atleta (vedi Regolamento UCI, Parte XVI, Articolo 16.4.032, Dolo Intenzionale).

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:	

Descrizione della nuova condizione medico sanitaria: a seconda della motivazione della richiesta di revisione medica, è obbligatorio compilare integralmente la Sezione 1 o la Sezione 2.
Da compilare da parte di un professionista sanitario con competenza specifica.

Sezione 1: Deficit progressivi o nuovi, infortuni, ecc.

Data di insorgenza:	
Descrizione della condizione medico sanitaria e disabilità eleggibile/i o, dello stato di salute permanente e dell'impatto sulle funzionalità:	

Sezione 2: Intervento medico o altra variazione che migliori la funzionalità

Ad esempio: iniezioni di botulino per ridurre l'ipertonia o aumentare il movimento attivo, resezione di tendini, inserimento di aste o fissatori articolari per favorire postura/stabilità, ecc.

Data dell'intervento o variazione della funzionalità:	
Descrizione della procedura e modifica della capacità motoria	

Sezione 3: Elenco della documentazione di supporto allegata

--

Professionista sanitario Confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette.

Nome e Cognome:

Specializzazione:

Numero iscrizione Albo:

Indirizzo:

Città:

Prov:

Telefono:

E-mail:

Firma:

Data:

Nome e firma dell'atleta: