

MODULO DI ISCRIZIONE

NOME E COGNOME _____
CODICE FISCALE _____ DATA DI NASCITA _____
COMUNE (PROVINCIA) _____ CAP _____
VIA _____
E-MAIL _____ CELL _____
PROFESSIONE _____
CENTRO DIABETOLOGICO DI RIFERIMENTO _____
DOTT. _____

Ha già frequentato corsi formativi sul Counting?



La/Il sottoscritto/a _____

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PRIVACY
Informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 679/2016
Consapevole che:

1. Il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. Il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. Potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli potenziali documenti relativi ad episodi di diagnosi o cura da me forniti;
4. Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e in modo consapevole il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'associazione, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

- ☐ presta il proprio consenso esplicito, libero, informato e inequivocabile al trattamento dei suoi dati personali, anche di categorie particolari e relativi alla salute, da parte del titolare del trattamento, secondo le indicazioni fornite nell'informativa
- ☐ presta il suo consenso per l'invio di comunicazioni relative all'organizzazione di iniziative di formazione ed eventuali azioni di sostegno finalizzate al miglioramento della qualità della cura e della gestione del diabete ed alla ricerca scientifica;
- ☐ presta il suo consenso per la raccolta e diffusione del proprio ritratto fotografico per i fini indicati nell'informativa

Con la presente il/la sottoscritto/a intende assolvere gli organizzatori dalle responsabilità che in ogni modo dovessero sorgere per la partecipazione alle attività, per qualsiasi danno subisse alla propria persona o arrecasse a terzi nello svolgimento delle stesse.

ESCLUSIONE DI RESPONSABILITÀ

Con la firma della presente scheda dichiaro:

1. di avere compiuto 18 anni alla data del 25 SETTEMBRE 2026;
2. di iscrivermi volontariamente e di assumermi la responsabilità a titolo personale per le conseguenze che dovessero derivare dalla mia partecipazione, sia civilmente che penalmente;
3. di essere in condizioni psicofisiche idonee per lo svolgimento dell'attività sportiva proposta e di essere a conoscenza dei rischi, prevedibili e imprevedibili, connessi.

data _____ firma _____

Con il contributo non condizionante di

 **minimed** | **Medtronic**



26.09.26

CASTELLANZA / SOEVIS ARENA (EX PALABORSANI)



LA TECNOLOGIA AL SERVIZIO DELLO SPORT NEL DIABETE DI TIPO 1

Una giornata dedicata a ragazzi e ragazze con diabete di tipo 1, per sperimentare la gestione della terapia in corso di attività sportiva con il supporto di uno staff medico e tecnico dedicato.

EVENTO ORGANIZZATO DA:

SS Diabetologia - Fondazione IRCCS Ca' Granda -
Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

SC Diabetologia -
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Matteo Conti | Valeria Grancini

SS Diabetologia - Fondazione IRCCS Cà Granda - Ospedale Maggiore Policlinico Milano

Federico Bertuzzi | Elena Meneghini

SC Diabetologia - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

PROGRAMMA DELLA GIORNATA

ACCOGLIENZA E AVVIO ATTIVITÀ

08:30 – 09:30 > Registrazione partecipanti e accoglienza

09:30 – 10:00 > Apertura evento e saluti introduttivi

10:00 – 10:30 > Presentazione della giornata: sul supporto della tecnologia (CGM, sistemi AHCL) per la gestione della terapia nel corso di attività fisica

10:30 – 13:00 > Inizio tornei sportivi

ATTIVITÀ SIMULTANEE

TORNEO BASKET 3 VS 3

TORNEO TENNIS

TORNEO VOLLEY 3 VS 3

TORNEO CALCIO A 5

Durante le attività: presenza staff organizzativo, supporto tecnico e presidio sanitario.

PAUSA PRANZO / NETWORKING

13:00 – 14:30 > Pausa e momento conviviale (area ristoro dedicata)

POMERIGGIO – PROSECUZIONE ATTIVITÀ E FINALI

14:30 – 17:30 > Proseguimento tornei e fasi finali

17:30 – 18:00 > Premiazioni e riconoscimenti

CHIUSURA EVENTO

18:00 – 19:00 > Aperitivo finale riservato ai partecipanti

> Saluti conclusivi e chiusura della giornata: take home messages sulla gestione della terapia insulinica nel corso dei diversi tipi di sport.

PERCHÉ PARTECIPARE?

L'attività fisica è una **componente fondamentale** di uno stile di vita sano, ma per le persone con diabete tipo 1 può rappresentare una sfida nella gestione quotidiana della terapia. Questo **evento multisport**, organizzato dallo staff medico delle diabetologie dell'Ospedale Policlinico Milano e dell'Ospedale Niguarda, nasce per creare uno **spazio di apprendimento, confronto e condivisione**, in cui persone con diabete tipo 1 possano vivere lo sport come occasione di crescita, relazione e benessere.

Sede evento:

SOEVIS ARENA, EX PALABORSANI

Via Legnano, 3 | 21053 - Castellanza (VA)

Destinatari evento:

- > **Pazienti DM tipo 1 che abbiano compiuto i 18 anni**
- > **Ogni partecipante può iscriversi con 1 amico/a anche se non diabetico**
- > Non è obbligatorio iscriversi alle Associazioni Pazienti per partecipare all'evento

Quota di partecipazione per tutti: **€ 5,00**

La quota comprende:

- > **partecipazione ai tornei**
- > **copertura assicurativa**
- > **ticket per consumazione in occasione dell'aperitivo**
- > **maglietta ricordo**

Il pagamento della quota d'iscrizione potrà essere fatto con **bonifico bancario** ad una delle seguenti Associazioni Pazienti:

> **ADPMI**

mail: info@adpmi.org

iban: **IT29J0503434090000000011102**

> **CANDY**

mail: candyodv@gmail.com

iban: **IT89P0306909606100000408480**

L'ISCRIZIONE SARÀ VALIDA SOLO DOPO AVER EFFETTUATO L'INVIO DEL MODULO ISCRIZIONE CON LA CONTABILE DEL PAGAMENTO FATTO CON BONIFICO BANCARIO.

LE ISCRIZIONI DEVONO PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL

15 SETTEMBRE 2026