

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Medicina dello Sport

CONSENSO INFORMATO E DELEGA PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il ____/____/____, residente a _____ via _____
padre/madre/tutore di _____ nato/a il ____/____/____
a _____ ,

ACCONSENTE

di sottoporre il/la proprio/a figlio/a agli accertamenti previsti dal D.M. 18/2/1982, e successive integrazioni, al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che:

- per completare l'accertamento, oltre ad anamnesi, esame obiettivo, spirometria, esame delle urine, verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino per 90 volte in 3 minuti, durante il quale verrà effettuato l'ECG ,
- verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test, durante l'esecuzione del test da sforzo; - verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test;

E DELEGA

(compilare solo se il minore non è accompagnato da un genitore)

Il/La signor/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____, residente a _____ via/piazza _____

- Ad accompagnare il minore presso l'Ambulatorio di Medicina dello Sport , per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica;
- A sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico-sportiva;
- A firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante ed esibire l'originale del Delegato

Data, ____/____/____

Firma _____