



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Distretto di Parma
Presidio di Medicina dello Sport
Casa della Salute Parma Centro – Largo Palli 1

CONSENSO INFORMATO E DELEGA PER VISITE DI IDONEITA'SPORTIVA

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___/___/_____, residente a _____, via _____

padre/madre/tutore di _____ nato/a a _____

il ___/___/_____,

ACCONSENTE

di sottoporre il/la proprio/a figlio/a agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 ,e successive integrazioni, al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello agonistico.

Dichiaro/a 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.

DELEGA

Il/la Sig./ra _____ nato/a _____

il _____, residente in _____, indirizzo _____

- 1) ad accompagnare il minore presso il Servizio di Medicina dello Sport, per la valutazione medica ai fini del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica;
- 2) a sottoscrivere l'anamnesi sulla scheda di valutazione medico sportiva.
- 3) a firmare il consenso al trattamento dei dati come previsto dall'art. 23 D.Lgs. 196/03

Allego fotocopia del mio documento di identità.

Data, _____

Firma, _____