

Servizio Medicina dello Sport e Tempo Libero
Responsabile Dott. Giuseppe Bova

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18. 02. 1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica sportiva; di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi intrinseci della prova e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.

Che il test suddetto come ogni altro test da sforzo è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.

Che per ogni eventuale informazione, inerente gli esami da eseguire per la pratica di un determinato sport, posso consultare il prospetto informativo che si trova pubblicato sul sito aziendale WWW.ASP.CZ e/o rivolgermi al Medico dello sport. Autorizzo il personale del settore Medicina dello Sport di Catanzaro all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e alla loro comunicazione, in caso di giudizio di non idoneità, ai seguenti soggetti:

- Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva/Federazione Sportiva di appartenenza
- In chiaro, alla Commissione Medica Regionale dello Sport per gli adempimenti previsti.

Data.....

Firma.....

(firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore)