



CENTRO MEDICO MARGHERITA

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

L'ATLETA

DATA VISITA _____

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE: _____

DOCUMENTO D'IDENTITÀ N° _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____ N° _____

Telefono _____ Mail _____

CHIEDE Visita Medico-Sportiva per IDONEITÀ SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

NON AGONISTICA

DELLO SPORT

FIRMA DELL'ATLETA

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto (esercitante la patria potestà sul
minore) dà il consenso alla effettuazione
dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore o tutore



CENTRO MEDICO MARGHERITA

Io sottoscritto dichiaro di avere 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 di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame. Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....