**UOC di Medicina dello Sport e dell’Esercizio Fisico**

**Sede di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI DELL’ATLETA

***Dati identificativi dell’atleta***

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN CASO DI ATLETA MINORENNE**

***Dati esercente il/a responsabilità genitoriale:***

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nel caso di impossibilità all’acquisizione del consenso di entrambi i genitori, far compilare al genitore presente:**

**Io sottoscritta/o** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DICHIARO:**

consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Dati del Tutore:***

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nel caso di presenza del tutore è necessario acquisire copia dell’atto di nomina.**

# PARTE II – INFORMATIVA

Atti sanitari proposti.Gli accertamenti previsti dal Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine del rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica sono:

* visita medica completa (anamnesi, esame obiettivo, valutazione acuità visiva ed uditiva)
* esame delle urine
* spirometria con valutazione dei volumi polmonari
* elettrocardiogramma a riposo, durante e dopo test da sforzo, misurazione della pressione arteriosa.

Il ***testdasforzo*** verrà effettuato con l’uso di un ergometro che consente un incremento progressivo dello sforzo; lo sforzo verrà aumentato gradualmente sino al raggiungimento di una determinata frequenza cardiaca o, nel caso di test massimale, sino al raggiungimento del massimo carico sostenuto dal soggetto o fino a quando il medico riterrà opportuno interrompere la prova. Prima dell’esecuzione del test da sforzo il medico accerterà che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Le apparecchiature necessarie e il personale formato per fronteggiare qualsiasi urgenza/emergenza saranno prontamente disponibili.

Durante l’indagine potrebbero insorgere dei disturbi quali dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento. È necessario che il paziente avverta tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi. I principali rischi dell’indagine, pur se prescritta e condotta secondo arte e le più moderne conoscenze mediche, che potrebbero presentarsi sono molto rari e sono rappresentati da: alterazioni del ritmo cardiaco, alterazioni della pressione arteriosa e manifestazioni di ischemia cardiaca.

# PARTE III – ESPRESSIONE e ACQUISIZIONE del CONSENSO INFORMATO

- Io sottoscritto o noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro/dichiariamo:

* di aver ricevuto un’informazione comprensibile ed esauriente sugli atti sanitari proposti;
* di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima degli atti sanitari e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri;
* di esprimere (barrare la scelta) ** CONSENSO** / ** DISSENSO** libero, spontaneo e in piena coscienza agli atti sanitari proposti per certificare l’idoneità agonistica;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ore: \_\_\_\_\_\_ Firma/~~e~~ atleta genitori/e/tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE IV – REVOCA del CONSENSO INFORMATO**

Io noi/io sottoscritti/o genitori/e/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_ **dichiaro/iamo di revocare il consenso** ai seguenti atti sanitari, sopra citati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma/~~e~~ atleta genitori/e/tutore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## NOTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***L’AULSS3 Serenissima informa che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art.13delReg.UE679/2016). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla “Informativa per gli utenti” pubblicata nel sito aziendale www.aulss3.veneto.it***