



**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.

### **E DELEGA ( compilare solo se non accompagnati da un genitore )**

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

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma, \_\_\_\_\_