
Struttura: **MEDICINA DELLO SPORT**

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO ED AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Cognome e nome atleta.....

Al fine di valutare la propria idoneità alle pratiche sportive agonistiche sono consapevole di dover sottopormi (o che mio figlio/a si sottoponga) ad un test ergometrico (prova da sforzo) che potrà svolgersi con lo STEP-TEST per 3 minuti o con la PROVA AL CICLOERGOMETRO monitorando, in questo caso costantemente la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e l'elettrocardiogramma.

Sono consapevole di dover segnalare tempestivamente la comparsa di qualunque disturbo (dolori al petto, vertigini, malessere generale, ecc.) e di poter interrompere, in tal caso, la prova in ogni momento.

Come ogni test provocativo sono stato informato che anche la prova da sforzo comporta alcuni rischi, sebbene estremamente bassi in percentuale.

Sono stato altresì informato che il personale è addestrato a fronteggiare questi rischi e dispone delle attrezzature necessarie per trattarli.

Sono stato edotto sulle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali qui rilevati e pertanto esprimo il consenso anche al loro trattamento nei limiti previsti.

(art. 13 DLG 196 del 30/06/2003 e succ. modifiche)

Data Firma dell'atleta o di chi ne fa le veci.....