

**Dichiarazione di consenso informato e consapevole
per test per certificazione medico sportiva
(atleta maggiorenne)**

Io sottoscritto/a (NOME E COGNOME LEGGIBILI)

dichiaro con la presente che:

1. Per poter conseguire la certificazione medico sportiva, sono stato informato/a che dovrò effettuare un test che prevede uno sforzo cardiovascolare (stabilito dallo specialista in base ad età, sesso e condizioni fisiche generali), al termine del quale sarò sottoposto/a ad un elettrocardiogramma per valutare lo stato della mia funzionalità cardiovascolare;
2. sebbene la valutazione clinica e la presenza costante dello specialista (che è in grado di riconoscere precocemente eventuali problemi) riducano il rischio che tale sforzo produca stati di sofferenza cardiovascolare, non si può escludere del tutto il rischio connesso con tutte le attività di sforzo aerobico: dalla sensazione di mancanza di respiro (dispnea) fino alla fibrillazione atriale, all'arresto cardiaco ed all'infarto miocardico;
3. sono stato informato/a che presso la struttura esistono i presidi medico chirurgici (tra i quali il defibrillatore) e le professionalità mediche in grado di affrontare tempestivamente gli eventi avversi che potrebbero verificarsi a seguito dello sforzo cardiovascolare richiesto e che quindi i rischi, se comparati al beneficio derivante dalla pratica sportiva, sono comunque contenuti, anche se non del tutto assenti (come del resto succede in tutte le attività umane);
4. ho potuto porre al.... dottorle domande che ritenevo opportune, e ho ricevuto risposte chiare e comprensibili, ivi compresa la possibilità di accedere a documentazione scritta per mio maggior approfondimento della tematica;
5. sono stato/a informato/a che, se non avrò effettuato il test di cui sopra, non potrò conseguire la certificazione di idoneità sportiva richiesta.

Tutto ciò premesso, acconsento / non acconsento (coprire la voce che NON interessa)
a sottopormi al test.

Massa,

Il dichiarante

Timbro e firma del medico