

Da parte de sottoscritt... (NOME/I E COGNOME/I LEGGIBILI)

e

per conto del minore, si dichiara che:

1. è stata data informazione che, per poter conseguire la certificazione medico sportiva, l'atleta dovrà effettuare un test che prevede uno sforzo cardiovascolare (stabilito dallo specialista in base ad età, sesso e condizioni fisiche generali del soggetto), al termine del quale sarà sottoposto ad un elettrocardiogramma per valutare lo stato della 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. 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. è stata data possibilità di porre al dottor le domande ritenute opportune, ed in tal caso sono state ricevute risposte chiare e comprensibili, ivi compresa la possibilità di accedere a documentazione scritta per maggior approfondimento della tematica;
5. è stata data informazione che, se non avrà effettuato il test di cui sopra, l'atleta non potrà conseguire la certificazione di idoneità sportiva richiesta.

Tutto ciò premesso, si acconsente / non si acconsente (coprire la voce che NON interessa) a che l'atleta di cui sopra si sottoponga al test.

Massa,

Firma dell'atleta (se di età maggiore di 14 anni)

I dichiarant e

Timbro e firma del medico