



## RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA (1)

ASSOCIAZIONE SPORTIVA.....

Sede sociale.....Tel. sede sociale.....

C.F. Soc. Sportiva.....Cod. affiliazione FSN.....

### CHIEDE

Visita medico sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport

..... per l'atleta

Cognome.....Nome.....

Nato a.....il.....

Residente in.....CAP.....

Via.....N°.....

C.F. atleta.....Cod Reg. San.....

DATA PRESTAZIONE.....

**IL PRESIDENTE DELLA  
ASD SHOTOKAN RYU SHOFUKAI  
SOC. SPORTIVA RI**

Via Carlo Stanga, 9 - 02100 RIETI  
( timbro e firma )  
mailto:info@iscall.it - Cell. 338 2832184  
C.F. 90035630574

N.B. Il giorno della visita portare referto analisi urine o campione urine del mattino  
Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore

Il sottoscritto (2).....

Esercente la potestà sul minore.....

dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e alla  
effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità, analiticamente esposti sul retro di questo foglio che  
il sottoscritto dichiara di aver letto e valutato

data.....

**SHOTOKAN RYU SHOFUKAI KARATE RI**

Via Carlo Stanga, 9 - 02100 RIETI  
Tel 0746 491043 - Cell 338 2832184  
PIVA e C.F. 90035630574

(1) compilare il modulo in ogni sua parte

(2) nome, cognome, residenza, titolo della potestà (genitore tutore)



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI  
SETTORE MEDICINA SPORTIVA

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto.....nato il.....

residente in.....via.....

dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M 18. 02. 1982 al

fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica dello sport.....

Dichiaro inoltre di essere stato informato

1) che devo eseguire un test (step test secondo la metodica semplificata di Montoye), consistente nel salire e scendere per 90 volte in tre minuti un gradino di altezza adatta alla mia statura, età e sesso.

2) che mi verrà eseguito un E.C.G. completo prima e dopo il test suddetto fino a recupero

3) che mi verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test.

4) che durante l' esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.

5) che il test suddetto come ogni altro test da sforzo è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.

Autorizzo i sanitari del settore Medicina dello Sport della ASL Rieti all' archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e al loro trattamento in forma rigorosamente anonima per scopi scientifici e di ricerca.

Data .....

Firma

.....