



### Consenso informato PROVA DA SFORZO con step-test e/o con cicloergometro nell'ambito della Diagnostica Cardiologica

Nominativo Atleta .....Nato a .....il...../...../.....

La prova da sforzo con step-test e/o con cicloergometro per diagnostica cardiologica viene praticata con carichi di lavoro crescenti in modo tale da determinare un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa proporzionale allo sforzo eseguito. Ciò comporta un aumento del lavoro cardiaco e del consumo di ossigeno miocardico. La prova viene eseguita per determinare l'eventuale presenza di un inadeguato apporto d'ossigeno al miocardio attraverso il circolo coronarico arterioso. Viene inoltre eseguita per accertamento di eventuali aritmie cardiache, per valutazioni dello stato funzionale cardio-respiratorio a scopo di valutazione sportiva o di lavoro. E' pertanto una prova che può sottoporre il paziente a disturbi cardiaci e modificazioni dei valori pressori arteriosi, in caso di patologie cardio-ischemiche potrebbe indurre, al limite, anche la comparsa di eventi cardiaci maggiori (ima-sincope...)

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver assunto sostanze in grado di falsare i risultati derivanti dalla normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'accettazione del consenso informato premette di procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità.

Accetto il consenso informato

Non Accetto il consenso informato

Nominativo in stampatello del Genitore/tutore  
(solo se l'atleta è minorenne)

Firma dell'atleta o del genitore/tutore  
(solo se l'atleta è minorenne)

.....

.....

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'EX ART.13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

1. Per dati personali si intendono, ai sensi della presente informativa:

- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche a suo favore;
- quelli sanitari necessari per la valutazione di cui ai Decreti Ministeriali 18.02.1982 e 04.03.1993;
- quelli spontanei da Lei forniti.

2. I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di effettuare quanto previsto dai decreti sopra richiamati e della Legge Regionale 66/1981.

3. I dati verranno riportati su "Schede di Valutazione Sportiva" che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (secondo le modalità previste dagli articoli 31 e seguenti del D.L. gs 196703)

4. I dati verranno comunicati:

- senza diagnosi clinica alla Società Sportiva e alla Federazione o Ente di Promozione Sportiva di riferimento;
- in chiaro, alla ASL competente in territorio;
- in forma anonima, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità per gli adempimenti di cui alle normative sopra citate.

5. Richiamiamo integralmente, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali.

6. Nel caso in cui tale consenso non venga esercitato non sarà possibile redigere il certificato di cui ai decreti richiamati e di conseguenza non sarà possibile da parte della Commissione Regionale D'Appello prendere in esame il caso per carenza di documentazione.

#### Consenso ai sensi dell'Art.23 D.L gs 196/07

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti di cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione dei dati di cui al punto 1
- la comunicazione dei dati ai terzi sensi del precedente punto 4.

Nome e Cognome.....Cod.Fisc.....

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

Data ...../...../.....

Firma leggibile dell'interessato/a  
o del tutore se minore .....