REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

CENTRO CARDIOVASCOLARE

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda

Ambulatorio di Medicina dello Sport - Piazza dell'Ospitale, 1 – 34125 Trieste
Tel. 040-3992039 (segreteria telefonica) - Fax 040-3992935 - E-mail: medicina.sport@asuits.sanita.fvg.it
Medici Referenti dott. Gianfranco Stupar (Responsabile), dott.ssa Irena Tavčar, dott.ssa Rosamaria Salvi

DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI

DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti, di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto e/o autorizzo alla esecuzione della prova da sforzo (scalino per tre minuti Step Test)

Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

Sono a conoscenza che eventuali copie dei certificati di idoneità devono venir richieste personalmente all'atto della visita medico-sportiva poiché, dopo l'archiviazione delle cartelle per i tempi legali, ciò non sarà più possibile.

Trieste, lì____/_____/_____

In Fede

Firma del dichiarante
(o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

_____