

Consenso informato alla prova da sforzo ad indirizzo sportivo non agonistico

Il sottoscritto _____ C.F. _____ nato/a a _____, il _____, residente a, _____ in Via _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____
esercitante la potestà genitoriale sul minore
Nome _____ Cognome _____ nato/a a _____, il _____, Sport praticato _____ Tesserato alla Federazione _____ per l'anno _____ tessera n. _____

DICHIARO

QUANTO

SEGUE

- 1) che il suddetto minore ha effettuato tutti i controlli medici e la visita di idoneità medico sportiva agonistica per l'anno in corso ed è in perfetto stato di salute
- 2) al fine di svolgere con maggiore sicurezza un programma di allenamento, acconsento volontariamente che il minore esegua una prova sotto sforzo (massimale o sottomassimale) ad indirizzo sportivo non agonistico e comunque con finalità mediche diagnostiche _____ e/o _____ terapeutiche.
- 3) sono consapevole che il minore eseguirà, sotto la supervisione di un tecnico, una prova da sforzo a carichi crescenti, pedalando su un cicloergometro, con il seguente protocollo: la prova avrà inizio con dieci minuti di riscaldamento pedalando con un basso carico, che poi sarà incrementato ogni minuto di venti watt.
- 4) Sono a conoscenza del fatto che il minore può interrompere la prova in qualsiasi momento a causa di affaticamento, dolore o per qualsiasi altra ragione di carattere personale. In tale caso dovrà immediatamente avvisare il tecnico, che a sua volta potrà interrompere la prova nel caso rilevasse problemi di qualsiasi tipo.
- 5) Sono a conoscenza del fatto che, pur essendo il minore in possesso del certificato di idoneità agonistica rilasciata dal medico sportivo, tra i rischi della prova possono esservi disturbi del ritmo cardiaco, risposte anomale della pressione arteriosa, svenimenti e in rari casi attacchi cardiaci ed ictus. Le reazioni del sistema cardiovascolare e polmonare a tale prova non può essere prevista con assoluta certezza.
- 6) Sono inoltre a conoscenza del fatto che la selezione e supervisione della prova del minore costituiscono oggetto di valutazione professionale.

7) Acconsento che il minore esegua la sopradescritta prova così che possa ricevere le migliori indicazioni inerenti le sue capacità fisiche e per ottenere una corretta valutazione dei carichi di lavoro da sostenere negli allenamenti, necessari al suo benessere fisico.

8) La presente dichiarazione è stata da me letta, capita, approvata ed ho avuto soddisfacente risposta ad ogni mio quesito in merito. Pertanto declino da ogni responsabilità i tecnici che operano per la società _____ di _____, riguardo problemi di salute che dovessero insorgere per il minore durante lo svolgimento del test di valutazione funzionale, programmi di allenamento e di tutto ciò che sarà proposto dalla suddetta società.

Luogo _____ data _____ Firma _____

CONSENSO AI SENSI DELLA NORMATIVA SULLA PRIVACY

In relazione al trattamento dei dati personali del minore dichiaro di aver letto l'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679, dalla Federazione Ciclistica Italiana all'atto del tesseramento e, consapevole, che per le prove sopra descritte la FCI potrebbe venire a conoscenza di dati personali idonei a rivelare uno stato di salute del minore

☐ Esprimo il consenso al trattamento dei suddetti dati

☐ Nego il consenso al trattamento dei suddetti dati

Luogo _____ data _____ Firma _____

Consenso informato alla prova da sforzo ad indirizzo sportivo non agonistico

Il sottoscritto _____ C.F. _____ nato/a a _____, il _____, residente a, _____ in Via _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____ Sport praticato _____ Tesserato alla Federazione _____ per l'anno _____ tessera n. _____

DICHIARO

QUANTO

SEGUE

1) di aver effettuato tutti i controlli medici e la visita di idoneità medico sportiva agonistica per l'anno in corso e di essere in perfetto stato di salute

2) al fine di svolgere con maggiore sicurezza un programma di allenamento, acconsento volontariamente ad eseguire una prova sotto sforzo (massimale o sottomassimale) ad indirizzo sportivo non agonistico e comunque con finalità mediche diagnostiche e/o terapeutiche.

3) Eseguirò, sotto la supervisione di un tecnico, una prova da sforzo a carichi crescenti, pedalando su un cicloergometro, con il seguente protocollo: la prova avrà inizio con dieci minuti di riscaldamento pedalando con un basso carico, che poi sarà incrementato ogni _____ minuto di _____ venti _____ watt.

4) Sono a conoscenza del fatto che posso interrompere la prova in qualsiasi momento a causa di affaticamento, dolore o per qualsiasi altra ragione di carattere personale. In tale caso devo immediatamente avvisare il tecnico, che a sua volta potrà interrompere la prova nel caso rilevasse problemi di qualsiasi tipo.

5) Sono a conoscenza del fatto che, pur essendo in possesso del certificato di idoneità agonistica rilasciata dal medico sportivo, tra i rischi della prova possono esservi disturbi del ritmo cardiaco, risposte anomale della pressione arteriosa, svenimenti e in rari casi

attacchi cardiaci ed ictus. Le reazioni del sistema cardiovascolare e polmonare a tale prova non può essere prevista con assoluta certezza.

6) Sono inoltre a conoscenza del fatto che la selezione e supervisione della mia prova costituiscono oggetto di valutazione professionale.

7) Acconsento che venga eseguita la sopradescritta prova così che io possa ricevere le migliori indicazioni inerenti le mie capacità fisiche e per ottenere una corretta valutazione dei carichi di lavoro da sostenere nei miei allenamenti, necessari per il mio benessere fisico.

8) La presente dichiarazione è stata da me letta, capita, approvata ed ho avuto soddisfacente risposta ad ogni mio quesito in merito. Pertanto declino da ogni responsabilità i tecnici che operano per la società _____ di _____, riguardo a miei problemi di salute che dovessero insorgere durante lo svolgimento del test di valutazione funzionale, programmi di allenamento e di tutto ciò che mi sarà proposto dalla suddetta società.

Luogo _____ data _____ Firma _____

In relazione al trattamento dei miei dati personali dichiaro di aver letto l'informativa fornitami ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679, dalla Federazione Ciclistica Italiana all'atto del tesseramento e, consapevole, che per le prove sopra descritte la FCI potrebbe venire a conoscenza di dati personali idonei a rivelare uno stato di salute

☐ Esprimo il consenso al trattamento dei suddetti dati

☐ Nego il consenso al trattamento dei suddetti dati

Luogo _____ data _____ Firma _____