



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone  
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certisanita.fvg.it

## **INFORMATIVA SULLE MODALITA' DI ESECUZIONE DELLA VISITA PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA TAB. A del D.M.18/2/82**

La procedura e gli accertamenti per il rilascio della certificazione di idoneità alla attività sportiva agonistica degli sport con impegno cardiocircolatorio scarso ovvero definiti come attività sportive di postura e destrezza sono stabiliti dal D.M. della Salute del 18/2/82.

Essa comprende una visita medica con la raccolta dell'anamnesi (domande relative allo stato di salute dell'atleta attuale e pregresso, raccolta di documentazione sanitaria di ricoveri o visite eseguite, ricerca della familiarità per alcune patologie), determinazione dei dati antropometrici, esame generico dell'acuità visiva e della capacità uditiva, esame obiettivo degli apparati specificamente impegnati nello sport praticato.

Esame delle urine raccolte preferibilmente al risveglio ed analizzate tramite stick.

Esami strumentali quali l'Elettrocardiogramma a riposo.

Eventuali esami specialistici integrativi qualora previsti per lo sport richiesto.

L'esecuzione di tutti gli esami suddetti è obbligatoria per il rilascio del certificato di idoneità agonistica agli sport elencati nella Tabella A del D.M.18/2/82 che sono:

- ✓ *automobilismo, aeromodellismo, badminton, bob, bocce, curling, golf, slittino*
- ✓ *motociclismo velocità, motonautica, karting*
- ✓ *tiro con l'arco, tiro a segno, tiro a volo*
- ✓ *pesca di superficie, biliardo sportivo, bowling, bridge, dama e twirling*

### **CONSENSO INFORMATO**

**informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a:**

sottopormi

sottoporre mio figlio/a

**agli accertamenti previsti dal DPR 18/2/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica secondo Tabella A.**

Li, \_\_\_\_\_

Firma del Genitore (*se atleta minorenni*)

Firma dell'Utente maggiorenne

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico