

## DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_, Specialista In Medicina dello Sport, del possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'Infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, al fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista In Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'Idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

\_\_\_\_\_  
Data e Luogo

\_\_\_\_\_  
L'interessato \*

*\* In caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale*

\_\_\_\_\_  
I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale  
(In caso di atleta minore)

\_\_\_\_\_  
Il Medico Specialista In Medicina dello Sport