

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

Codice Fiscale

attesta

di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid_19

di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid_19 tra i quali: temperatura corporea > 37,5°, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia,

di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da Covid_1

Data e ora

In fede

Firma dell'atleta

Se minore, firma del genitore

Note

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2019/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per la finalità di prevenzione da Covid_19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai 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