

Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli

DICHIARAZIONE

Il Sottoscritto/a Atleta _____

Nato/a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott/Dott.ssa _____ 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 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, tosse, astenia, 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 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