

## 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 per la salute, mi impegno a comunicare, oltre al Medico di Medicina Generale, o al pediatra di libera scelta, al Medico della Società/Federazione Sportiva Nazionale/ Ente di Promozione Sportiva/ Disciplina Associata e al Medico di <medicina dello sport/ Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione di idoneità, un eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi)

\_\_\_\_\_

**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 minorenni)

\_\_\_\_\_

**Medico Specialista in Medicina dello Sport**