



# MEDICAL SPORT CENTER S.R.L.

26900 LODI  
Via Emilia S.S. 9 km. 298.500  
Tel. 0371 432348 – Fax 0371 432348  
E. mail: medicalcenterlodi@libero.it  
Partita IVA 08863390152

*Idoneo ai sensi del D.G.R. n. 513 del 29.04.1986*

Allegato B

## DICHIARAZIONE

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

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

Il \_\_\_\_\_

Dichiarato **Idoneo/a** alla pratica sportiva agonistica per lo sport \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

## DICHIARO

di aver riscontrato positività al COVID-19 (anche in assenza di sintomi) in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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