



Medical Sport Center

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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**

Medical Sport Center S.r.l.

Sede Legale ed operativa:

Via Emilia S.S. 9 Km 298, 26900 Lodi

T: (+39) 0371-432348

C.F. - P.IVA: 08863390152

REA LO - 1252564

Capitale Soc. euro 10.000 i.v.

info.msc@affidea.it

www.affidea.it

Sistema Sanitario  
Lombardia

