

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