

Allegato A

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____
Il _____

DICHIARO

- Di non esser risultato positivo all'infezione da Sars-COV-2 fino a data odierna.
- di essere risultato positivo ed aver già effettuato tutti gli accertamenti previsti per la ripresa dell'attività sportiva.

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 della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialisti 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).

Data e Luogo

L'interessato *

"In caso di minore, è necessaria anche la firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale"

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale
(In caso di atleta minore)

Il Medico Specialisti in Medicina dello Sport

al Sport Center S.r.l.
legale ed operativa:
Villa S.S. 9 Km 298, 26900 Lodi
) 0371-432348
IVA: 08863390152

REA LO - 1252564
Capitale Soc. euro 10.000 i.v.
Info.msc@affidea.it
www.affidea.it