



Allegato A

**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 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 Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport EUTONIA Srl Sanità e Salute che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Luogo e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

L'interessato \* \_\_\_\_\_

*\* in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale (sotto)*

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

*(in caso di atleta minore)*

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport \_\_\_\_\_