



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 ____/____/____

di aver accusato sintomatologia riferibile al COVID-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica

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 _____