



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 _____