

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

attesta

di non aver avuto mai diagnosi di infezione da COVID - 19

di aver avuto precedentemente diagnosi di infezione da COVID - 19 in data \_\_\_\_\_

di non aver avuto, nelle ultime due settimane, sintomi riferibili all'infezione da COVID-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia

di non aver avuto, negli ultimi 10 giorni, contatti a rischio con persone che sono state affette da COVID - 19 (familiari, luogo di lavoro, etc)

di esser stato informato dal medico certificatore, specialista in medicina dello sport, dei possibili rischi per la salute anche a distanza di tempo a seguito dell'infezione da Sars-COV-2. Pertanto s'impegna a comunicare, oltre che al medico di medicina generale (o al pediatra di libera scelta), al medico sociale (ove presente) della società/Federazione Nazionale Sportiva/Disciplina sportiva associata e al medico specialista 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) o al sopraggiungere di sintomatologia riferibile, comparsi successivamente alla data della visita odierna.

\_\_\_\_\_  
[data e luogo]

\_\_\_\_\_  
[Firma dell'interessato, se maggiorenne]

\_\_\_\_\_  
[In caso di minore firma del genitore o  
dell'esercente la responsabilità genitoriale]

\_\_\_\_\_  
[Il medico specialista in medicina dello sport]

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Predetto Regolamento.

