

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____

il _____

Dichiarato/a **Idoneo/a** alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____

in data _____ dal Dott. _____

DICHIARA

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 esemplificativo ma 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

Data e Luogo

L'interessato *

** in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la responsabilità genitoriale*

I Genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale

(in caso di atleta minore)