



## DICHIARAZIONE COVID-19 IN AMBITO SPORTIVO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....  
NATO A ..... IL .....  
DICHIARATO/A IDONEO/A ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/ NON AGONISTICA  
PER LO SPORT: .....  
IN DATA: ..... DAL DOTT. .... A .....

### DICHIARA:

DI AVERE     NON AVERE    CONTRATTO POSITIVITA' AL COVID-19 IN  
DATA: .....

DI AVERE     NON AVERE    ACCUSATO SINTOMATOLOGIA RIFERIBILE AL  
COVID-19 ES. TC > 37,5 °C, TOSSE, RESPIRO AFFANNO, STANCHEZZA IMMOTIVATA,  
DOLORI MUSCOLARI SPONTANEI, PERDITA IMPROVVISA DEL SENSO DEL GUSTO O  
DELL'OLFATTO, DIARREA > DI 3 GIORNI IN DATA: .....

DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO DAL DOTT. ANTONINO SARCIA', MEDICO  
DELLO SPORT DEI POSSIBILI RISCHI PER LA SALUTE, ANCHE A DISTANZA DI TEMPO,  
CONSEQUENTI ALL'INFEZIONE DA SARS-COV-2: MIOCARDITE, FIBROSI POLMONARE,  
DEFICIT NEUROLOGICI.

PERTANTO, AI FINI DELLA SALVAGUARDIA DELLA SALUTE, SI IMPEGNA A  
COMUNICARE LA COMPARSA DI POSITIVITA' AL COVID-19, CON O SENZA SINTOMI, O  
IL SOPRAGGIUNGERE DEI SINTOMI DI CUI SOPRA, AL MEDICO DI BASE, AL MEDICO  
DELLO SPORT CHE HA RILASCIATO L'IDONEITA', AL MEDICO SOCIALE OVE  
PRESENTE.

DATA DEL TAMPONE NEGATIVO: .....

FIRMA DELL'INTERESSATO/A O DEL TUTORE:

.....