

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Cognome: _____ Nome: _____ Età: _____

Sesso: M F Ulss: _____ Documento d'identità: _____ N°: _____

Nato a: _____ Prov: _____ Il: _____

Residenza a: _____ Prov: _____ Via: _____ N° _____ CAP _____

Domicilio a: _____ Prov: _____ Via: _____ N° _____ CAP _____

Tel: _____ Mail: _____

GENITORE (o TUTORE delegato) in caso di Atleta minorenni

Nome e Cognome		Luogo e Data di nascita
Recapiti	Telefono	Mail

DICHIARO

- Di *avere* *non avere* avuto un'infezione accertata da COVID-19;
- Data tampone positivo (_____) e tampone negativo (_____) (allegare documentazione);
- Di *avere* *non avere* avuto nei 21 giorni precedenti alla visita sintomi attribuibili all'infezione da COVID-19 (temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, perdita dell'olfatto, perdita del gusto);
- Di *essere* *non essere* contatto stretto con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi di lavoro, eccetera);
- Di avere osservato le disposizioni previste per legge in caso di rientro dall'estero.

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero. I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenni)**DICHIARAZIONE ai sensi all. A Ministero della Salute DGPRE 0015502-P-02/03/2022****DICHIARO**

di essere stato/a informato/a dal Medico 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 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 che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi).**

Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenni)**DICHIARAZIONE ai sensi all. B Ministero della Salute DGPRE 0015502-P-02/03/2022**

Dichiarato/a idoneo/a alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____ in data _____

DICHIARO

di aver riscontrato positività al COVID-19 (anche in assenza di sintomi) in data _____.

Data_____
Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenni)_____
Firma del Medico dello Sport