

Allegato A

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiara di essere stato/a informato/a 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, si impegna 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 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 esemplificativo ma 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.

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)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

Allegato B

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a 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)

Allegato C

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

che l'Atleta _

Nato/a a _____

Il _____

Dichiarato dal sottoscritto **IDONEO** alla pratica sportiva agonistica per lo sport

a seguito della visita medica da me effettuata in data _____ e degli accertamenti presi in visione **può riprendere la pratica dello sport agonistico.**

Data e Luogo

Il Medico (*Firma e Timbro*)