

## 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)