

ALLEGATO A

**IMPEGNO DI COMUNICAZIONE DI POSITIVITÀ AL COVID-19 O INSORGENZA
SINTOMATOLOGICA RIFERIBILE AL COVID-19, SUCCESSIVI A VISITA DI IDONEITÀ
SPORTIVA**

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato 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, mi impegno 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 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 potestà genitoriale*

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale
(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport