

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (_____) il _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

() Per sé medesimo

() Per il minore (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (_____) il _____ in qualità di
genitore esercente la responsabilità genitoriale o tutore

di [SI] [NO] essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di essere attualmente affetto da COVID-19.

di [SI] [NO] essere stato affetto da COVID-19 e di essere stato dichiarato guarito dalle Autorità sanitarie competenti in data

di [SI] [NO] aver avuto nelle ultime due settimane febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, dolori articolari e/o muscolari diffusi, diarrea, perdita dell'olfatto e del gusto o altri sintomi riconducibili a COVID-19

di [SI] [NO] aver avuto contatto stretto con persone affette da COVID-19.

Dichiara altresì di essere consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 del c.p. in caso di dichiarazione a pubblici ufficiali).

Le informazioni saranno trattate in conformità al Regolamento UE n. 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto regolamento.

Latisana, ____ / ____ / 2022

Firma del Dichiarante

ALLEGATO A

**IMPEGNO DI COMUNICAZIONE DI POSITIVITÀ AL COVID-19 O INSORGENZA
SINTOMATOLOGIA 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