

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, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

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