

## 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

## 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)

**ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY**

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

che l'Atleta \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

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*)