

Ambulatorio di Medicina dello Sport
Allegato A

DICHIARAZIONE

Sezione di competenza del Paziente 

Il sottoscritto

Nome


Cognome

Cod Fiscale

Dichiara

Di essere stato/a informata dal Dott. ANTONIO MICLAVEZ, 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 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 di Idoneità, una eventuale positività al COVID19 (anche in assenza di sintomi).

Data e Firma del Dichiarante o del Tutore Legale (se atleta minorenni)

Sezione di competenza del Medico 

Data e Firma del Medico Specialista in Medicina dello Sport