

DICHIARAZIONE

La/Il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il ____ / ____ / ____
e residente in _____ via _____ n. _____

attesta:

- di **NON AVER AVUTO** diagnosi accertata di infezione da Covid-19,
- di **NON AVER AVUTO** nelle ultime due settimane, sintomi riferibili all'infezione Covid-19 tra i quali, temperatura corporea $> 37,5$ °C, tosse, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane,
- di **NON AVER AVUTO** nelle ultime due settimane contatti a rischio con persone (familiari, luogo di lavoro, eccetera) che siano state affette da coronavirus.

oppure dichiara:

- di **ESSERE STATA/O SOTTOPOSTA/O ALLA MISURA DELLA QUARANTENA** di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, in quanto risultata/o **POSITIVA/O AL VIRUS COVID-19**, e di essere stato successivamente dichiarata/o **NEGATIVA/O AL VIRUS COVID-19** a seguito dell'esecuzione di **DUE TAMPONI NEGATIVI** effettuati a distanza di 24 ore.
- di **AVER AVUTO contatti con persone (familiari, luogo di lavoro ecc.) SOTTOPOSTI ALLA MISURA DELLA QUARANTENA** di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, in quanto **RISULTATI POSITIVI AL VIRUS COVID-19**, e successivamente **DICHIARATI NEGATIVI AL VIRUS COVID-19** da **OLTRE DUE SETTIMANE** a seguito dell'esecuzione di **DUE TAMPONI NEGATIVI** effettuati a distanza di 24 ore.
- di **ESSERE STATA/O SOTTOPOSTA/O ALLA MISURA DI ISOLAMENTO** di cui Circolare del ministero della Salute del 12 ottobre 2020, in quanto risultata/o **POSITIVA/O AL VIRUS COVID-19 ASINTOMATICO**, e di essere stato successivamente dichiarata/o **NEGATIVA/O AL VIRUS COVID-19** dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale è stato eseguito un **test molecolare con risultato negativo**.
- di **ESSERE STATA/O SOTTOPOSTA/O ALLA MISURA DI ISOLAMENTO** di cui Circolare del ministero della Salute del 12 ottobre 2020, in quanto risultata/o **POSITIVA/O AL VIRUS COVID-19 SINTOMATICO**, e di essere stato successivamente dichiarata/o **NEGATIVA/O AL VIRUS COVID-19** dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale è stato eseguito un **test molecolare con risultato negativo** eseguito dopo almeno **3 giorni senza sintomi**.

Data _____

Firma del dichiarante o del tutore _____

Allegato A

DICHIARAZIONE

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, a – 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 genitoria

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport



Federazione Medico Sportiva Italiana

Protocollo per Atleti non professionisti post-Covid