

Servizio di Medicina dello Sport e Riabilitazione Ortopedica

Direttore Responsabile: Dott. Roberto Filippini

Via S. Marco, 121 - VERONA - Tel. 045.601.36.00 - Fax 045.601.39.88 - E-mail medicina.sport@sacrocuore.it

Allegato A

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____

Dichiarato 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 di 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, 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