

## 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*