SPORT AND BRAIN

FEDERAZIONE MEDICO SPORTIVA ITALIANA

**STUDIO di MEDICINA dello SPORT SARCIÀ**
**Dir. San.: Dott. Antonino Dario SARCIÀ** (specializzato in Neurologia) - C.F.: SRC NNN 47D02 E074Z
P. IVA 00433080249 - ALBO B308 - FMSI 17705 - O.M. VI 2136 - Aut.: 183212/2021 del 22/10/21
Via Galilei, 9/A - 36075 ALTE CECCATO di Montecchio Maggiore (VI)
Tel. 0444 490708 - Email: studiomedicosarcia@gmail.com - www.studioantoninosarcia.it

Allegato B

# DICHIARAZIONE

**Se l'atleta è maggiorenne:**
Il sottoscritto / La sottoscritta

Cognome e Nome | Nato/a a | Data di nascita

**Se l'atleta è minorenne:**
Il sottoscritto / La sottoscritta

Cognome e Nome | Nato/a a | Data di nascita

genitore di:

Cognome e Nome | Nato/a a | Data di nascita

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

*Luogo e data*

*L'interessato/a**

* *In caso di minore è necessaria anche la firma del genitore o dell'esercente la responsabilità genitoriale.*

*Il genitore o l'esercente la responsabilità genitoriale*

*In caso di atleta minorenne.*

*Il Medico Specialista in Medicina dello Sport*