

**Allegato A**

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA NORME ANTICOVID**

**Se l'atleta è maggiorenne:**

Il sottoscritto / La sottoscritta \_\_\_\_\_



Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

**Se l'atleta è minorenni:**

Il sottoscritto / La sottoscritta \_\_\_\_\_



Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

genitore di:



Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

**Dichiara**



**di essere stato/a informato/a** dal Dott. Antonino Dario Sarcia, 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, si impegna 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 esemplificativo ma non esaustivo, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia - disturbi dell'olfatto, ageusia - disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

*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 minorenni.*

*Il Medico Specialista in Medicina dello Sport*