

AMBULATORIO MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT

Albo Reg. Med. Dello Sport B/184

Dott. Tomasin Pier-Giorgio

Via della Pieve 14/B – 35010 Borgoricco (PD)

Tel. / Fax 049 9335773 Cell. 3395778473

e-mail: <mailto:piorgiorgio62pt@gmail.com>

PEC: <mailto:piorgiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it>

DICHIARAZIONE IDONEITA' SPORTIVA PER ATLETI COVID+

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiarato **Idoneo/a** alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____

in data _____ dal Dott. _____

DICHIARO

di aver riscontrato positività al COVID-19 (anche in assenza di sintomi) in data _____

di aver accusato sintomatologia riferibile al COVID-19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica

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