



Allegato B (FMSI-Protocollo per atleti non professionisti post-Covid)

DICHIARAZIONE

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.

Pavia, il _____

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