Centro di medicina

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Cognome: _____ Nome: _____Età: _____

Sesso: M F Ulss:_____ Documento d'identità: _____ N°:_____

Nato a: _____ Prov: _____ Il:_____

Residenza a: _____Prov: _____Via: _____ N°_____CAP_____

Domicilio a : _____Prov: _____Via: _____ N°_____CAP_____

Tel: _____ Mail: _____

GENITORE (o TUTORE delegato) in caso di Atleta minorenne

Nome e Cognome		Luogo e Data di nascita
Recapiti	Telefono	Mail

DICHIARO

- Di ☐avere ☐non avere avuto un'infezione accertata da COVID-19;
- Data tampone positivo ( ) e tampone negativo ( ) (allegare documentazione);
- Di ☐avere ☐non avere avuto nei 21 giorni precedenti alla visita sintomi attribuibili all'infezione da COVID-19 (temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, perdita dell'olfatto, perdita del gusto);
- Di ☐essere ☐non essere contatto stretto con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi di lavoro, eccetera);
- Di avere osservato le disposizioni previste per legge in caso di rientro dall'estero.

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero. I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

_____
Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenne)

DICHIARAZIONE ai sensi all. A Ministero della Salute DGPRE 0015502-P-02/03/2022

DICHIARO

di essere stato/a informato/a dal Medico 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 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).

DATA _____

Firma del medico _____

_____
Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenne)

DICHIARAZIONE ai sensi all. B Ministero della Salute DGPRE 0015502 -P-02/03/2022

Dichiarato/a idoneo/a alla pratica sportiva agonistica per lo sport _____ in data_____

Dal Dr./Dr.ssa _____ dell'ULSS _____

DICHIARO

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

Data _____

_____
Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenne)

_____
Firma del Medico dello Sport