

**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 minorenni**

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 minorenni)**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 minorenni)**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 minorenni)\_\_\_\_\_  
Firma del Medico dello Sport