

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. Calcagno Roberto, 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 (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 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.

Data e Luogo

L'interessato *

*in caso di minore, è necessaria la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale

I genitori o l'esercente la potestà genitoriale (in caso di atleta minore)

FISIODOM SRL

Via Cav. Vittorio Veneto 29 36100 Vicenza Tel./Fax 0444-570252 e-mail: info@fisiodom.net
Capitale Sociale 20.000,00€ i.v. REA n. VI-345069 C.F./P.I. Reg. Imprese VI n.03682080241