

**CENTRO INTERDIPARTIMENTALE
DI MEDICINA DELLO SPORT**

DIR. SAN. Dr. Diego Fontana
Piazza Buffoni 1 – 21013 GALLARATE (VA)
Sede legale: Piazza Buffoni - Gallarate
TEL 0331 786727
P.IVA 01995210125

DICHIARAZIONE

All.1

Il sottoscritto (ATLETA) _____

nato a _____ il __/__/_____

residente in _____

attesta

A di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.

B di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > **37,5 °C**, tosse, mal di testa, congiuntivite, astenia (stanchezza importante), dispnea (mancanza/difficoltà a respirare), mialgie, diarrea, anosmia (mancanza/alterazione dell'olfatto), ageusia (mancanza/alterazione del gusto) nelle ultime settimane.

C di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da Coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

ha eseguito ricerca per Covid-19? NO

Sì tampone o.f. negativo **positivo (1)**
 esame sierologico negativo **positivo (1)**

In fede,

[data e firma]

Note PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA:

- 1. Gli atleti con diagnosi di Covid accertata (punto A), con sintomi riferibili all'infezione da Covid (punto B) o risultati positivi al tampone o.f. o all' esame sierologico (punto C) DEVONO consultare il PROTOCOLLO FMSI per la ripresa delle attività sportive in periodo di emergenza Covid-19 (http://www.medicinadellosportgallarate.net/usermedia/file/pdf/protocollo_FMSI.pdf) per l'eventuale esecuzione di esami integrativi**

2. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta dai genitori

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.