

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT
Responsabile Dr. Totò Giujusa
Tel. 0422 896743
e-mail cardiologia@giovanni23.it

MOD. CARD32 Rev.05-20/10/22 Pag. 1 di 1

AUTODICHIARAZIONE COVID19

Il sottoscritto/a.....
Nato/a il.....

ATTESTO

- di **NON PRESENTARE**, al momento, **SINTOMI** riferibili all'infezione da Covid-19, temperatura corporea >37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane
- di **NON** aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di **NON** essere stato a contatto stretto con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi, etc)

OPPURE

- di **aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 in data**.....
(anche in assenza di sintomi) e di **aver ricevuto diagnosi di negatività in data**
- di **aver accusato sintomi riferibili all'infezione da Covid-19**
(temperatura corporea >37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia)
successivamente a rilascio dell'ultima certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica

Ai fini della salvaguardia della salute, MI IMPEGNO a comunicare una eventuale positività al Covid19 o il sopraggiungere di sintomatologia riferibile comparsi successivamente alla data della visita odierna

In fede

firma dell'interessato.....
(genitore o esercente la responsabilità genitoriale in caso di atleta minore)

data.....