

**AMBULATORIO DI
MEDICINA DELLO SPORT**
Responsabile Dr. Totò Giujusa

e-mail cardiologia@giovanni23.it
Tel. 0422 896743

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto/a
nato/a il

attesta

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

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

oppure

- di aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid- 19 in data _____ (anche in assenza di sintomi)
- di aver accusato sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea $>37,5$ °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) comparsi nelle ultime settimane o successivamente a rilascio di certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica

In fede

data _____

firma dell'interessato _____

(genitore o esercente la responsabilità genitoriale in caso di atleta minore)