

AUTODICHIARAZIONE PREVISITA MEDICO-SPORTIVA

Il/La sottoscritto/a genitore/tutore
legale di..... nato/a il.....
a.....e residente in.....
.....

DICHIARA CHE IL/LA MINORE:

- 1- non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- 2- non ha avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime 4 settimane.
- 3- non ha avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

Data.....

In fede:.....

In caso di mancanza di anche solo 1 dei 3 requisiti sopra elencato non si potrà procedere allo svolgimento della visita medica sportiva che dovrà essere riprogrammata previo appuntamento dopo 4 settimane dalla scomparsa dei sintomi o dall'ultimo contatto con soggetto Covid-19 positivo.