



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli Di Dio 31/D 20096 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 22.47.76.66 - Fax 02 26.20.467
info@cms-sestosg.it www.cms-sestosg.it

Sistema Sanitario Regione Lombardia

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a _____

Genitore/tutore/delegato (in caso di minore) _____

Nato/a a (dati atleta) _____ il _____

Dichiarato/a idoneo/a alla pratica:

Agonistica dal dottor/dottoressa _____ in data _____

Non agonistica

DICHIARO

di aver riscontrato positività al COVID 19 (anche in assenza di sintomi) in data _____

di aver accusato sintomatologia riferibile al COVID 19 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia –disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva.

Data e luogo _____

Firma dell'atleta (o del genitore/tutore/delegato in caso di minore) _____

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport _____