

DICHIARAZIONE**IO PAZIENTE**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

OPPURE

Io sottoscritto _____ Nato a _____ il __/__/____

In qualità di Esercente potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentate**ATTESTO:**

- Di aver contratto** infezione da Covid-19 e di essere stato dichiarato guarito dalle autorità sanitarie competenti
- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19.
- Di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione Covid-19 tra i quali: temperatura corporea superiore a 37.5°, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luoghi di lavoro, ecc.)
- Di non essere in isolamento fiduciario e di non essere sottoposto a misure di quarantena
- Di aver effettuato nr. Dosi _____ di vaccini anti Covid-19 e che l'ultima somministrazione è stata effettuata il _____

DICHIARO:

- di essere stato informato dal Medico Dello Sport dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti dall'infezione da Sars-COV-2.

MI IMPEGNO A COMUNICARE:

- Ai fini della salvaguardia della salute, al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di libera scelta, al Medico Sociale (ove presente) e al Medico Dello Sport/ Struttura di Medicina Dello Sport che ha rilasciato la certificazione di idoneità, **una eventuale positività al Covid-19** (anche in assenza di sintomi) **o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile** (es: temperatura corporea superiore a 37.5°, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia) **comparsi successivamente alla data odierna.**

Pordenone, _____

Firma paziente _____

Il Medico Specialista in Medicina Dello Sport _____