



## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ con riferimento  
alla circolare del Ministero della Salute nr. 1269-P del 13/01/2021.

### **Allegato A**

### **DICHIARO**

di essere stato/a informato/a dal Dott. \_\_\_\_\_, Specialista  
in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti  
all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, si impegna a comunicare, oltre che al Medico di  
Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della  
Società/Federazione Sportiva Nazionale/Ente di Promozione Sportiva/Disciplina Sportiva Associata  
e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la  
certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del  
sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo,  
temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi  
dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

\_\_\_\_\_  
Data e Luogo

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (o del tutore se minore)

\_\_\_\_\_  
Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

### **Allegato B**

### **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 esemplificativo ma non  
esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia –  
disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi gusto) comparsa successivamente alla data del rilascio  
della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica.

\_\_\_\_\_  
Data e Luogo

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (o del tutore se minore)

\_\_\_\_\_  
Il Medico Specialista in Medicina dello Sport