

allegato 2

DICHIARAZIONE RETURN TO PLAY

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
dichiarato/a idoneo/a alla pratica sportiva agonistica per lo Sport _____
in data _____ dal Dott. _____

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 > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi gusto) comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica

(luogo e data)

(firma dell'interessato)

(firma di chi esercita la potestà genitoriale)*

(firma del Medico Specialista in Medicina dello Sport)

*in caso di minore