

AUTODICHIARAZIONE PREVISITA MEDICO-SPORTIVA

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....
il.....e residente in.....

DICHIARA:

- 1- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- 2- di non aver 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- di non aver 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.