

Ambulatorio di Medicina dello Sport
Modello di dichiarazione da rendere da parte dell'atleta

DICHIARAZIONE

Sezione di competenza del Paziente 

Il sottoscritto

Nome

Cognome

Cod Fiscale

Attesta che negli ultimi 15 giorni

- NON ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- NON ha avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea maggiore a 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
- NON ha avuto contatti a rischio con persone affette da Covid-19

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.

Data e Firma del Dichiarante o del Tutore Legale (se minorenne)