

Ambulatorio di Medicina dello Sport
Allegato B
Idoneità all'attività sportiva agonistica in atleti COVID19 positivi guariti

DICHIARAZIONE

Sezione di competenza del Paziente 

Il sottoscritto

Nome

Cognome

Cod Fiscale

Dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica per lo sport

Tipo Sport

Tipo Sport

Dal dottor

Nome

Cognome

In data / /

Dichiara

Di aver riscontrato positività al COVID19 (anche in assenza di sintomi) in data / /

Data e Firma del Dichiarante o del Tutore Legale (se atleta minorenni)

Sezione di competenza del Medico 

Data e Firma del Medico Specialista in Medicina dello Sport