

REGIONE DEL VENETO



Regione del Veneto
AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA
www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it
Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

DICHIARAZIONE ai sensi all. A Min Salute DGPRES 1269-P-13/01/2021

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

Dichiara di essere stato/a informato/a dal Dott.....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 con il modulo allegato B, 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 sopra indicato e afferente a questa UOSD della ULSS 6 Euganea** 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

L'interessato

Genitore o esercente la resp. Genitoriale

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

DICHIARAZIONE ai sensi all. B Min Salute DGPRES 1269-P-13/01/2021

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

Dichiarato /a idoneo/a alla pratica sportiva agonistica per lo sport
in data.....dal Dott..... della ULSS 6 Euganea

DICHIARA

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 del gusto) **comparsa successivamente alla data di rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica n.....**

Data e Luogo

L'interessato

Genitore o esercente la resp. Genitoriale