



FMSI FEDERAZIONE MEDICO
SPORTIVA ITALIANA

Allegato B

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiarato **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 _____

Data e Luogo

L'interessato *

** in caso di minore, è necessaria la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale*

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale

(in caso di atleta minore)

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

