

Allegato B

### DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Dichiarato/a IDONEO/A alla pratica sportiva agonistica per lo sport \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

### 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) comparsi successivamente alla data del rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica.

\_\_\_\_\_  
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)