

DICHIARAZIONE COVID

Il sottoscritto _____

Nato a _____

Il _____

Attesta

- Di non avere avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19
- Di non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5' C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia
- Di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, ...)

In fede (data e firma)

In caso di minore la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al regolamento UE n 2016/67 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto regolamento

CENTRO MEDICO LA PIAZZETTA
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' – COVID19

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sar-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, 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 Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport 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 non esaustivo, temperatura corporea >37.5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, asosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data e Luogo _____

L'atleta

Il genitore (se minorenne)

Il Medico Specialista in
Medicina dello Sport

Dichiarazione dell'atleta:

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a il ___/___/_____ a _____
 Residente a _____ in via _____ N° _____
 Tel.: _____ E-mail _____

Notizie riguardanti la famiglia:

Barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalla quale sono o sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito:

GENITORI - NONNI - FRATELLI E SORELLE - ZII - CUGINI

Malattie di cuore	No <input type="checkbox"/>	Si: _____
Ipertensione	No <input type="checkbox"/>	Si: _____
Diabete	No <input type="checkbox"/>	Si: _____
Morte improvvisa	No <input type="checkbox"/>	Si: _____

Il soggetto riferisce:

Malattie cardiache	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Soffio cardiaco	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Ipertensione	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Interventi chirurgici	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Diabete	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Ricovero	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Asma o allergie	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Altro	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>

Sport praticato: _____

Fuma	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	
Utilizza farmaci	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Se sì, quale? _____

Durante l'attività sportiva ha mai sofferto di:

Dolore toracico	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Sincopi	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Aritmie	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Altro	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>			

La copia dell'elettrocardiogramma viene consegnata solo su richiesta.

Il referto del tracciato ECG verrà quindi controllato e refertato ed il costo della prestazione è di € 10,00.

DESIDERA COPIA DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA?

sì **no**

Firma del dichiarante
(o di un genitore per atleti minorenni)

Data _____
