

# SalusVeneto

## Poliambulatori Medici

Allegato A

### DICHIARAZIONE

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_

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

Il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di essere stato / a informato / a dal Dr. \_\_\_\_\_,

Specialista in Medicina dello Sport, 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, 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 / 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 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 \*

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

\_\_\_\_\_

I Genitori o l'esercente la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

**Il Medico Specialista in Medicina dello Sport**

SALUS VENETO SRL

Tel.: 0422/1520205

Vicolo Antonio Vivaldi, 2 – 31030  
Mignagola di Carbonera (TV)

www.salusveneto.it  
segreteria@salusveneto.it

**Allegato B**

**DICHIARAZIONE**

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_

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

Il \_\_\_\_\_

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

In data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

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 dell’attività sportiva agonistica.

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

\_\_\_\_\_  
L’interessato \*

*\*in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell’esercente la responsabilità genitoriale*

\_\_\_\_\_  
I Genitori o l’esercente la responsabilità genitoriale

**SALUS VENETO SRL**

Tel.: 0422/1520205

Vicolo Antonio Vivaldi, 2 – 31030  
Mignagola di Carbonera (TV)

www.salusveneto.it  
segreteria@salusveneto.it

Allegato C

## ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Il / La Sottoscritto / a Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTA

Che l'Atleta \_\_\_\_\_

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

Il \_\_\_\_\_

Dichiarato dal sottoscritto **IDONEO** alla pratica sportiva agonistica per lo sport

In data \_\_\_\_\_

A seguito della visita medica da me effettuata in data \_\_\_\_\_ e dagli accertamenti presi in visione **può** riprendere la pratica dello sport agonistico.

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

\_\_\_\_\_  
Il Medico (Firma e Timbro)

[SALUS VENETO SRL](#)

Tel.: 0422/1520205

Vicolo Antonio Vivaldi, 2 – 31030  
Mignagola di Carbonera (TV)

[www.salusveneto.it](http://www.salusveneto.it)  
[segreteria@salusveneto.it](mailto:segreteria@salusveneto.it)

SALUS VENETO SRL

Tel.: 0422/1520205

Vicolo Antonio Vivaldi, 2 – 31030  
Mignagola di Carbonera (TV)

[www.salusveneto.it](http://www.salusveneto.it)  
[segreteria@salusveneto.it](mailto:segreteria@salusveneto.it)