



Modello di dichiarazione da rendere al Medico Certificatore

---

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da coronavirus.

In fede,

\_\_\_\_\_  
*[data e firma dell'atleta]*

\_\_\_\_\_  
*[in caso di minore, firma anche dell'esercente  
la potestà genitoriale]*

*Note*

*Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.*