



PANATHLETICON
medicina dello sport

FMSI
Federazione Medico
Sportiva Italiana

COLLABORATING CENTER

FIMS
International Federation
of Sports Medicine

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto (atleta) _____

C.F. _____

attesto

- ☐ di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 nell'ultimo anno;
- ☐ di non avere attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19;
- ☐ di non essere in regime di isolamento o sorveglianza sanitaria.

Data _____

L'interessato

Genitore o tutore legale (necessaria per minori)