



C.M.S.
CENTRO MEDICO
SPORTIVO

Via F.lli di Dio 31/D - 20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02 22.47.76.66 - Fax 02 26.20.467
info@cms-sestosg.it www.cms-sestosg.it



DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
in caso di minori: genitore di: _____
nato a _____ il ___ / ___ / ___
e residente in _____

attesta

- **di non aver avuto diagnosi accertata di infezione Covid-19 (o, in caso di minori, per il proprio figlio/a)**
- **di non aver avuto - in caso di minori, per il proprio figlio/a - nelle ultime due settimane - sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali: temperatura corporea superiore a 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia (perdita del senso dell'olfatto) ageusia (perdita del senso del gusto)**
- **di non aver avuto - in caso di minori, per il proprio figlio/a - nelle ultime due settimane, contatti a rischio con persone che siano state affette da Covid 19 (es. familiari, luogo di lavoro, eccetera)**

Firma dell'atleta (o del genitore\tutore\delegato in caso di minore)

Data: ____/____/____

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 e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.