

**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE**  
**S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902  
Fax 040/3992935

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste  
e-mail: [ccv@asugi.sanita.fvg.it](mailto:ccv@asugi.sanita.fvg.it)

Direttore: Dott. Andrea Di Lenarda

**Ambulatorio Medicina dello sport - Sede di Trieste**  
**Via Scipio Slataper 9**  
**Telefono 040/3992039 (segreteria telefonica) – FAX 040399/2298**  
**E – mail: [medicina.sport@asugi.sanita.fvg.it](mailto:medicina.sport@asugi.sanita.fvg.it)**  
**Medico responsabile: Dr. Andrea Di Lenarda**  
**Medici referenti: Dr.ssa Arianna Ius – Dr.ssa Elena Vecile - Dr.ssa Valeria Azzini**

**DICHIARAZIONE**

Io Sottoscritto/a (Dati dell'atleta) \_\_\_\_\_

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 Sars-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 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).

Luogo.....

Data .....

L'interessato (Atleta) .....

I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale (in caso di atleta minore) .....

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport .....