



ATHAENA

Responsabile sanitario Dott. Vincenzo Ventura



POLIAMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA s.r.l.

Centro Accreditato con S.S.N.

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il __/__/____

Residente in _____ Via _____

Attesta

- Di non avere avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali: temperatura corporea > 37.5°C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia o ageusia negli ultimi 15 gg.
- Di non avere avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede

(data e firma)

Il padre _____

La madre _____

Note:

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori
2. 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 modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento

Via Ronzoni n. 3 - 24128 **BERGAMO**

Tel. **035.258888-035.400004** - Fax **035.400004**

centro@athaena.it - **www.centroathaena.com**

REG. IMP. Bg - C.F. - P. IVA 01445440165 - R.E.A. 207098

Cap. Soc. Euro 51.000,00 i.v.

Sistema Sanitario



**Regione
Lombardia**