

Modello 2 (per minorenni)

Dichiarazione del genitore/tutore per rientro all'attività agonistica dopo assenza fino a 3 giorni per motivi di salute.

Il sottoscritto (genitore/tutore)

Cognome Nome

Luogo e data di nascita.....

in qualità di Genitore/Tutore dell'atleta

.....

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazione mendace e pienamente consapevole della rilevanza che riveste il pieno rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e conseguentemente per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

in relazione all'assenza del proprio figlio/a dal al
ai fini della riammissione all'attività agonistica dichiara di aver contattato il pediatra di libera

scelta/medico di medicina generale Dr.,
e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Luogo e data

Firma

Modello 3 (per maggiorenni)

Dichiarazione dell'atleta maggiorenne per rientro all'attività agonistica dopo assenza fino a 3 giorni per motivi di salute.

Il sottoscritto

Cognome Nome

Luogo e data di nascita.....

in qualità di atleta dell'AHC Appiano,

consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazione mendace e pienamente consapevole della rilevanza che riveste il pieno rispetto delle misure finalizzate alla prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e conseguentemente per la tutela della salute della collettività

DICHIARA

in relazione all'assenza dal al

ai fini della riammissione all'attività agonistica dichiara di aver contattato il medico di medicina

generale Dr.,

e di aver seguito le indicazioni ricevute.

Luogo e data

Firma

Modello 4 (per il pediatra / il medico di base)

Attestazione del pediatra di libera scelta/medico di medicina generale curante per rientro all'attività agonistica dopo assenza superiore a 3 giorni per motivi di salute.

Con la presente si attesta che il

bambino/l'atleta

assente dall'attività hockeyistica dell'AHC Appiano dal al

può rientrare a tale attività a decorrere dal

in quanto è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per Covid-19 come previsto dai documenti nazionali/provinciali.

Luogo e data

In fede

(Firma e timbro del medico)