



AUTOCERTIFICAZIONE VALIDITA' IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

IL SOTTOSCRITTO

Genitore di

Dichiara che dopo la data di emissione del certificato medico, consegnato alla Pallacanestro Farigliano

[] il proprio figlio/a NON ha contratto il Covid.

[] che il proprio figlio/a ha contratto il Covid in data _____ ed ha già riottenuto l'idoneità sportiva dal Medico competente, con eventuali esami aggiuntivi come richiesto dal protocollo "return to play", consegnando il nuovo certificato alla Pallacanestro Farigliano.

Come specificato nel protocollo "return to play", se il figlio/a avesse contratto il Covid, successivamente alla data dell'idoneità sportiva consegnata alla Pallacanestro Farigliano, e non avesse ancora provveduto ad effettuare la visita per la nuova idoneità "post Covid", **non potrà partecipare ad alcuna attività sportiva con la Pallacanestro Farigliano.**

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente a Sappa Gianluca ogni variazione futura a quanto dichiarato sopra, compilando nuova autocertificazione.

Data

in fede (nominativo e firma)