

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ FISICA NON AGONISTICA PER MAGGIORENNI

Il sottoscritto/a
Nato/a a in data
Residente a provincia cap
in via/piazza
NR. CELLULARE:
INDIRIZZO E-MAIL

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE
FISICA PER SVOLGERE ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva
VALPANTENA VOLLEY ASD da responsabilità derivanti da problematiche di salute
conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE)
2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla PROVA DI
PALLAVOLO.

Data Firma _____

