

## **AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ FISICA NON AGONISTICA**

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

### **DICHIARA**

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CHE .....  
NATA A ..... IL ..... E' DI SANA E ROBUSTA  
COSTITUZIONE FISICA PER SVOLGERE ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva  
..... 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  
..... (specificare se si tratta dell'iscrizione ad un corso di nuoto,  
di danza, della partecipazione ad una gara di danza o ad una escursione ecc.)

Data ..... Firma \_\_\_\_\_