AUTOCERTIFICAZIONE DI CERTIFICATO MEDICO

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____nato/a_____ (prov.____), il_____, residente a _____ (prov.__), Via/Piazza_____, n. _____ Tel :_____ C.F._____

In qualità di genitore di _____nato/a_____ (prov.__), il_____, residente a _____ (prov.__), Via/Piazza_____, n. _____ Tel :_____ C.F._____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R.445 del 28/12/2000

DICHIARA

che suo figlia/o è in buone condizioni fisiche, di godere di buona salute e di non essere portatore di impedimenti o patologie invalidanti, anche temporanee, allo svolgimento di qualsivoglia attività fisica e sportiva.

Con la presente dichiarazione esonera l'organizzatore dell'allenamento, dell'evento/della gara, da ogni responsabilità sia civile sia penale, relativamente a qualsiasi danno fisico, morale, biologico e/o di altra natura che si possa verificare alla propria persona, prima, durante o dopo lo svolgimento dell'attività fisica/sportiva, conseguente a patologie non dichiarate o non conosciute al momento della sottoscrizione della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'evento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità di entrambi.

Luogo e data

Firma