

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI BUONA SALUTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE/RESPONSABILE DI _____ NATO A _____

IL _____ RESIDENTE IN VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

TEL _____ MAIL _____

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE IL/LA FIGLIO/A E' IN STATO DI BUONA SALUTE, NON PRESENTANDO AL MOMENTO SEGNI O SINTOMI CLINICI DI MALATTIE O PATOLOGIE CHE IMPEDISCANO DI POTER SVOLGERE ATTIVITA' FISICA.

A TAL PROPOSITO, SOLLEVA L'ASD HOCKEY TRISSINO DA QUALSIASI RESPONSABILITA' RIGUARDANTE LA SALUTE DURANTE LE ATTIVITA' SPORTIVE GESTITE DALLA SOCIETA' STESSA.

Ai sensi del D.Lgs n.196 del 30.06.2003 – tutela della privacy – i dati sopra riportati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l'espletamento dell'attività sportiva annessa alla società stessa.

Dichiaro di aver preso conoscenza dell'informativa ed esprimo il consenso al trattamento dei dati personali.

LUOGO _____ DATA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
