

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 EMAIL o CELLULARE

.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA
RESPONSABILITA' DI ESSERE DI SANA E
ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA PER
SVOLGERE ATTIVITA' SPORTIVA NON
AGONISTICA. Dichiaro altresì che quanto
sopra dichiarato corrisponde al vero e
solleva I PODISTI DI CAPITANATA da ogni
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 2016/679 Reg. (UE) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per la 2^ FUGGI A FOGGIA.
Data Firma
