

TORNEO MISTO BEACH VOLLEY

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____ Tess. UISP no si n. _____
Nato/a a _____ il ___/___/___ e-mail _____
Residente a _____ in Via _____
Documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ in data ___/___/___
Nome della squadra _____

DICHIARA

(Si prega di barrare la scelta corretta):

- che gode di buona salute ed è in grado di svolgere le attività sportiva al torneo.
- che ha le seguenti problematiche (segnalare qualsiasi problema a livello fisico di natura cardiocircolatoria , scheletrica, patologie allergiche o d'altro tipo)

Dichiara che quanto sopra corrisponde al vero e solleva l'organizzazione da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Data ___/___/___ Firma _____