

TUTELA SANITARIA

Il sottoscritto _____ in qualità di Rappresentante

Legale/Delegato dell'ASD _____,

con sede in _____, in via _____

dichiara di essere a conoscenza delle normative vigenti riguardo la tutela sanitaria delle attività sportive, di applicarle ai propri tesserati e di conservare presso la sede sociale le certificazioni mediche.

Roma, __/__/____

Firma