

DICHIARAZIONE TUTELA SANITARIA

Al Comitato Territoriale UISP di Sassari, il sottoscritto _____ residente
_____ CF _____, nella qualità di
presidente della Società Sportiva (o Polisportiva) _____ all'atto di
aderire al Comitato Territoriale UISP di Sassari per l'anno sportivo 2015/2016.

DICHIARA

di essere a conoscenza:

- delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e delle decisioni adottate in merito dal Consiglio Nazionale UISP
- che il campionato Uisp Sassari di pallavolo organizzato dal Comitato UISP di Sassari rientra nella attività agonistica e per tanto è obbligatorio per i partecipanti il possesso del certificato medico rilasciato per attività agonistica
- di aver acquisito gli idonei certificati medici di tutti i partecipanti entro la data di inizio del campionato.

In fede

Sassari li

(Firma leggibile e timbro della società)

I Campionati organizzati del Coordinamento Pallavolo UISP sono di tipo agonistico pertanto per gli atleti partecipanti a dette attività è obbligatoria la certificazione di idoneità alla pratica sportiva. Per tutte le attività giovanili fino all'under 14 è comunque obbligatorio il certificato di idoneità per pratica generica.

Uisp - Unione Italiana Sport Per tutti - Comitato Territoriale Sassari

Ente di Promozione Sportiva e Sociale riconosciuto dal Coni 24/6/76 D.P.R. n.530 del 2/8/74

Comitato Provinciale di Sassari 07100 Sassari (SS) - Via M. Zanfarino, 8 - Telfax. 079.2825033- P.IVA 01700840901 – CF 92042390903

Iscrizione Albo Regionale Associazioni di Promozione Sociale II sez N5 – Certificazione ISO 9001:2008 N.IT241026

E-mail: info@uispsassari.it - www.uisp.it/sassari - C.F.92042390903