

**DICHIARAZIONE DA SOTTOSCRIVERE
ALL'ATTO DELL'ADESIONE ANNUALE
Tutela Sanitaria**

**Spettabile
Comitato Territoriale Verona**
Via Villa, 25
37124 Verona (VR)
Tel.: 045/8348700
Mail: verona@uisp.it

Io sottoscritto _____,
Presidente della Società _____,
nato il _____ a _____ e residente in
_____ Via _____
_____ n° _____

DICHIARO

che le persone tesserate presso **Uisp Comitato di Verona** sono in regola con le norme inerenti la Tutela Sanitaria e la relativa certificazione medica.

Il sottoscritto, con la presente solleva da ogni responsabilità in merito alla tutela sanitaria, il Comitato Uisp di Verona.

In fede
Il Legale Rappresentante

Verona, li _____