



ASSOCIAZIONE SPORTIVA HELLAS MONTEFORTE

37032 MONTEFORTE D'ALPONE - VR
PARTITA IVA N. 02596740239

AUTOCERTIFICAZIONE

IDONEITÀ FISICA

Io sottoscritto _____

DICHIARO,

sotto la mia esclusiva responsabilità, che sono in possesso e detengo presso di mè un certificato medico per attività sportiva non agonistica valido (non scaduto), e che sono in grado di esibirlo all'occorrenza, su semplice richiesta.

Prendo altresì atto che tale certificato è necessario per la partecipazione a tutte le attività sportive legate ai campionati amatoriali e manifestazioni organizzate, in forma spontanea e senza alcun vincolo ed obbligo di partecipazione, da [indicare la Federazione], gironi di andata e ritorno, finali comprese, ed a tutte le attività sportive legate alla preparazione atletica ed agli allenamenti.

Dichiaro inoltre di esonerare A.S.D. Hellas Monteforte da qualsiasi responsabilità e di non richiedere alcun tipo di risarcimento dei danni nel caso di infortuni subiti nel corso delle attività e malattie derivanti.

Dichiaro infine che le informazioni fornite sono veritiere.

Monteforte d'Alpone, il _____

In fede [Firma] _____