

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE

Io sottoscritto/a,

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: // _____

Luogo di nascita: _____

Residente a: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Documento di identità (tipo e numero):

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci:

di essere in buono stato di salute e di non presentare sintomi riconducibili a malattie infettive o condizioni che impediscano l'attività sportiva non agonistica;

di non avere patologie cardiache o respiratorie in atto che possano compromettere la pratica sportiva;

di non essere sottoposto/a a misure di quarantena o isolamento fiduciario;

di essere a conoscenza dei rischi connessi alla pratica sportiva e di assumermene la piena responsabilità;

di impegnarmi a rispettare le regole igienico-sanitarie e le norme previste dall'impianto sportivo.

Luogo e data: _____

Firma: _____