



AUTOCERTIFICAZIONE PER LE SPECIALITA' A CONTATTO LEGGERO

IO SOTTOSCRITTO

Cognome e nome			
Nato/a a		Prov. (	)
IL	/	/	
Codice Fiscale			
Residente in			
Comune		Prov. (	) CAP
E-Mail		Cellulare	

DICHIARO SOTTO MIA PIENA RESPONSABILITA':

- A)** DI ESSERE IN POSSESSO DI UN REGOLARE CERTIFICATO MEDICO VALIDO PER L'ANNO IN CORSO
- B)** DI ESSERE PROVVISORIO DI UNA VALIDA E REGOLARE ASSICURAZIONE (SE AFFILIATI AD ASI FORNITA DALLA STESSA, SE AFFILIATI AD ALTRE ASSOCIAZIONI E/O ENTI DI PROMOZIONE FORNITA DA QUESTI ULTIMI) IN CASO DI INCIDENTI CHE POSSONO SUCCEDERE PRIMA, DOPO E DURANTE LE COMPETIZIONI ODIERNE. DECLINO PERTANTO LA ASD ORGANIZZATRICE DA QUALSIASI RESPONSABILITA' CIVILE O PENALE IN CASO DI INCIDENTI DURANTE LE COMPETIZIONI.
- C)** DICHIARO INOLTRE SOTTO LA MIA COMPLETA RESPONSABILITA' CHE NON FACCIO USO DI ALCUN TIPO DI DROGA O SOSTANZA DOPPANTE COME IMPOSTO DALLE LEGGI INTERNAZIONALI SPORTIVE ED OLIMPICHE.
- D)** PER LE DONNE: DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA..

IN FEDE

DATA _____

(FIRMA) _____