



**DICHIARAZIONE MANLEVA LIBERATORIA ED ESONERATIVA TEMPORANEA DI RESPONSABILITA'
ATTIVITA' SPORTIVO FORMATIVA RUGBISTICA**

**VALIDITA' MASSIMO 10 GIORNI PER PRODURRE IL CERTIFICATO MEDICO COMPROVANTE L'IDONEITA' FISICA
AGONISTICA IN CASO DI MAGGIORI DI 12 ANNI DI ETA' E NON AGONISTICA SE MINORI DI 12 ANNI.**

PREMESSO CHE l'attività sportiva è gestita dal ASD RUGBY SAN VITO AL TAGLIAMENTO,
affiliata alla FEDERAZIONE ITALIA RUGBY al N. 459968.

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____ CF _____

RESIDENTE IN VIA _____ N. _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il figlio (o il soggetto sotto la propria responsabilità)

è in stato di buona salute e non presenta al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie che impediscano di poter svolgere attività **sportiva**

DICHIARA INOLTRE

di aver fissato l'appuntamento per la **visita sportiva** _____

che quanto sopra dichiarato **corrisponde al vero** e solleva l'ASD Rugby San Vito al Tagliamento da responsabilità derivanti da problemi di salute conosciuti ma non dichiarati in questo modulo.

San Vito al T.,

(il dichiarante)