



Registro CONI 37211
Cod. FIPAV 120600843
Cod. UISP N4D1672



DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITA'
(Dichiarazione da restituire ad un responsabile dell'ASD Giro Volley)

Io sottoscritto/a _____

(Genitore di _____)

Atleta Nato a _____ il _____

DICHIARO

di essere a conoscenza della normativa vigente che **non consente** agli atleti, non in regola con la certificazione medica richiesta, di partecipare ad allenamenti ufficiali e/o gare.

Mi impegno quindi a consegnare il certificato medico in corso di validità, prima dell'inizio delle attività.

Nel caso di **inadempimento** di quanto sopra,

SOLLEVO

anticipatamente da ogni e qualsiasi responsabilità presente e futura l'A.S.D. Giro Volley e relativa assicurazione da eventuali malori causati da malformazioni o problemi di qualsiasi natura, nonché a danni e ad incidenti provocati (a mio/a figlio/a e/o da parte di mio/a figlio/a) ad altre persone o cose, prima, durante e dopo lo svolgimento delle attività

Dichiaro inoltre di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Roma,

In fede

Firma leggibile
(in caso di minore firma di uno
dei genitori o chi ne fa le veci)

ASD GIRO VOLLEY:

VIALE A.BOITO, 143 - 00199 ROMA - Tel. 335.6898577 - Fax 066270377 - girovolleyroma@libero.it - www.girovolleyroma.it
C.F. 97242690580 - P.IVA 11196081001