



Registro CONI 37211
Cod. FIPAV 120600843
Cod. UISP N4D1672



DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ PER CERTIFICAZIONE MEDICA
(Da restituire ad un responsabile Giro Volley oppure inviare a girovolleyroma@libero.it
o via wa al 3356898577)

ATLETA _____

NATO A _____ IL _____

SI DICHIARA

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.

Ci impegniamo / Mi impegno quindi a consegnare il certificato medico in corso di validità, prima dell'inizio delle attività o alla scadenza di quello precedentemente consegnato.

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

SI SOLLEVA

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 subiti dall'atleta o da esso provocati ad altre persone o cose, prima, durante e dopo lo svolgimento delle attività

Dichiaro / 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 dell'atleta o, in caso di minori, di ambedue i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

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