



CENTRI ESTIVI 2022

DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ PER CERTIFICAZIONE MEDICA

(Da restituire ad un responsabile oppure inviare a girovolleyroma@libero.it
o via wa al 3356898577)

COGNOME E NOME PARTECIPANTE _____

NATO A _____ IL _____

SI DICHIARA

di essere a conoscenza della normativa vigente che **non consente**, se non in regola con la certificazione medica richiesta, di partecipare alle attività previste.

Ci impegniamo 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 la ASSD Sport a Scuola Anna Magnani, e relativa assicurazione, da eventuali malori causati da malformazioni o problemi di qualsiasi natura, nonché da 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

N.B. Il presente modulo può essere inviato via WhatsApp al 3356898577 o via Mail a girovolleyroma@libero.it. L'invio per via telematica dei moduli, in versione editabile, può avvenire anche in assenza di di firma e presuppone che, chi invia i moduli, sia responsabile di avere accertato il consenso dell'altro genitore.

Roma, _____

In fede

Firma di ambedue i genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

_____ - _____