**AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ FISICA NON AGONISTICA**

Il sottoscritto/a ………………………………………………………..…..………………………......................................

Nato/a a ………………………….………….………….......................................… in data ….....……….………………

Residente a ………………………..……..............................................…… provincia ……….. cap ........…………

in via/piazza ……………………………………………………………………............................................………………

indirizzo e-mail …....................................…………...............…………….…………………………………..…………

**DICHIARA**

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’ DI ESSERE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA PER SVOLGERE ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva FONDAZIONE RICCARDO CATELLA da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell’art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento relativo .........................................................……………………………........

***🞎 HO MENO DI 18 ANNI DI ETÀ — RICONOSCO E CONVENGO CHE LA PRESENTE LIBERATORIA DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA DA UN GENITORE ESERCENTE LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE OVVERO DAL MIO TUTORE E/O CURATORE LEGALE***

Data ………………………..…… Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_