



AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Il sottoscritto/a _____ (in caso di minori, genitore/responsabile di _____) nato a _____

Il ____ / ____ / ____ c.f. _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

In via/piazza _____ n. _____

Dichiara

Sotto la propria responsabilità di essere (in caso di minori, che il figlio o il soggetto sotto la propria responsabilità è) in stato di buona salute, non presentando al momento segni o sintomi clinici di malattie o patologie che impediscano di poter svolgere attività sportiva non agonistica.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva **APS RISEWISE SEWD, Sport Empowerment for Women with Disabilities** 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 d.lgs. N. 196 del 30 giugno 2003 (privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo all'iscrizione delle attività sportive e/o motorie proposte dall'APS RISEWISE SEWD, per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

(se minorenne firma del **genitore/responsabile**)

NB. Si invita l'interessato a consegnare il modulo cartaceo all'atto dell'iscrizione ai corsi oppure in formato digitale all'indirizzo mail info@risewisesewd.it.

