



**A.S.D. ARCOBALENO OSIMO**

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

Il sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... in data .....  
Residente a ..... provincia ..... cap .....  
in via/piazza .....

GENITORE/TUTORE DI

Nome e cognome .....  
Nato/a a ..... in data .....

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità di godere di sana e robusta costituzione fisica per svolgere attività sportiva non agonistica, impegnandosi a sostituire la presente con il certificato di sana e robusta costituzione rilasciato dal proprio medico (D.M. 28/02/1983).

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva ASD Arcobaleno Osimo da qualsiasi responsabilità derivante 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 alla/e prova/e del corso di .....

Osimo, ..... Firma .....