

## AUTOCERTIFICAZIONE MEDICA

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto: NOME.....  
COGNOME..... in qualità di genitore di : NOME.....  
COGNOME..... DATA DI NASCITA.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

Che il proprio figlio/a si trova in buono stato di salute, di non essere portatore di impedimenti o patologie invalidanti, anche temporanee allo svolgimento di qualsivoglia attività fisica.

Con la presente dichiarazione esonera l'organizzatore dell'evento, da ogni responsabilità relativamente a qualsiasi danno fisico, morale, biologico e/o di altra natura che si possa verificare alla propria persona, prima, durante o dopo lo svolgimento dell'evento, conseguente a patologie non dichiarate o non conosciuto al momento della sottoscrizione della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dell'evento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego fotocopia documento identità

Luogo data

firma