

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

La preghiamo di compilare il presente modulo di autocertificazione del suo stato di salute.

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Residenza: _____

Numero telefonico: _____

E-mail: _____

Si prega di barrare la scelta corretta:

Dichiaro di trovarmi in stato di buona salute psicofisica e di essere in grado di svolgere le attività inerenti il corso proposto e all'attività sportiva non agonistica.

Dichiaro di avere le seguenti problematiche (segnalare qualsiasi problema a livello fisico di natura cardiocircolatoria o scheletrica ecc.. ed eventuali operazioni importanti):

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'Associazione Il Leccio onlus da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Data _____

Firma leggibile
