



## AUTOCERTIFICAZIONE MEDICA DI BUONA SALUTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail (Non Obbligatorio) \_\_\_\_\_

*(Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il partecipante acconsente con liberatoria all'organizzatore all'utilizzo dei dati personali per i fini della Manifestazione allo scopo del presente documento. I dati personali non saranno soggetti a diffusione. Il titolare dei dati è il presidente Legale Rappresentante dell' Associazione NO-PROFIT BIMBI IN FIORE PIOMBINO DESE con sede in Piombino Dese (PD) – Via Roma nr. 67. In ogni momento il partecipante potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196.)*

### DICHIARA

Con la presente autocertificazione di essere in un buon stato di salute e di non presentare controindicazioni in atto alla pratica di **attività sportive non agonistiche** (Se in possesso allego *Certificato redatto da un ente preposto per le attività sportive non agonistiche*), impegnandosi, altresì, al rispetto del regolamento redatto dall' Associazione NO-PROFIT BIMBI IN FIORE PIOMBINO DESE e organizzatore della Manifestazione esonerandolo da ogni responsabilità di carattere civile e penale derivante dalla dichiarazione falsa del presente documento redatta dal partecipante. Accetta, inoltre, il regolamento della manifestazione del " Palo della Cuccagna " in tutte le sue parti e senza alcuna eccezione. Si impegna fin d'ora ad accettare qualsiasi decisione presa dalla Giuria durante la Manifestazione.

Piombino Dese, \_\_\_\_\_

Associazione NO-PROFIT BIMBI IN FIORE



Per accettazione e conferma di  
quanto sopra descritto e compilato  
(Il/La partecipante)