



Via Ponte alle Forche, 126
S. Giovanni Valdarno (AR)

=====
www.anspivaldarno.it e-mail info@anspivaldarno.it

DICHIARAZIONE CERTIFICAZIONE SANITARIA (Valevole dal 1° ottobre 2018 al 31 luglio 2019)

Il sottoscritto..... nato a..... (.....)

il..... e residente a (.....)

Via.....

Presidente della Soc./Circolo.....

Cod. affiliazione.....

dichiara

- di conoscere e accettare, lo Statuto i Regolamenti e le Norme che regolano l'attività del Circolo Anspi Sport e le Norme per la certificazione Sanitaria delle attività sportive dell'Anspi;
- di conoscere le disposizioni emanate dal Ministero della salute, con D.M. del 24.04.2013 pubblicato su GU n. 169 del 20 luglio 2013, sui certificati medici sportivi;
- che tutti i propri tesserati/atleti partecipanti alle attività classificate agonistiche nell'ambito dei campionati organizzati dal Circolo Anspi Sport (calcio a 11 - calcio a 5 maschile e femminile) per il periodo 1 ottobre 2018 - 31 luglio 2019 sono in possesso dei Certificati di idoneità all'attività sportiva agonistica (Art. 5 – D.M. 18/02/1982);
- di esibire se richiesto, i certificati
- di averne verificato la validità ai fini del rinnovo delle visite mediche
-

Si allega elenco dei partecipanti al campionato

In Fede
Il Presidente

Firma leggibile

Data _____

