AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE (MINORI DI 6 ANNI)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà - Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a_____

a _____**il** _____

residente a _____in via _____ n. _____

C.F. _____

in qualità di genitore / esercente la responsabilità genitoriale del minore:

Dati del Minore:

Cognome e Nome:_____

Nato/a a:_____il _____

Codice Fiscale:_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ *(consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci)*

- Che il minore sopra indicato **non ha ancora compiuto il sesto anno di età**;
- Che, ai sensi del **D.M. 28 febbraio 2018**, il minore è esentato dall'obbligo di certificazione medica per l'esercizio dell'attività sportiva non agonistica;
- Che il minore gode di **buona salute** e non presenta, per quanto a propria conoscenza, controindicazioni cliniche alla pratica di attività motoria e sportiva non agonistica;
- Di impegnarsi a sottoporre il minore a controllo medico e a produrre regolare certificato non appena questi avrà compiuto i 6 anni o qualora dovessero insorgere problemi di salute.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e Data: _____

Firma del Genitore / Dichiarante