ROLLER STREET SPORT ASD

AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI BUONA SALUTE PER ADULTI

Il/La sottoscritto/a ……..…..……..….

nato/a a ……..……..…..…… in data ……..……

residente a ……..……..…… Prov. …….. cap …...……

in via/piazza ……..……

Indirizzo e-mail ……..……..……..……..……

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, DI ESSERE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA PER SVOLGERE ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e **solleva Scuola** di **Pattinaggio Roller Street Sport ASD** da responsabilità, sia civile che penale, derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo e da ogni responsabilità e conseguenza di quanto può accadere prima, durante e dopo la lezione.

La presente autocertificazione avrà una **validità di 6 mesi** a partire dalla data sotto riportata.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver acquisito le informazioni fornite dal titolare ai sensi del Reg. (UE) 2016/679.

Luogo e data

Firma