

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ FISICA NON AGONISTICA

Il sottoscritto/a
Nato/a a in data
Residente a provincia cap
in via/piazza
INDIRIZZO E-MAIL

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE FISICA PER SVOLGERE ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva l'Associazione Sportiva Dilettantistica ANIMA FENICE da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo all'iscrizione ai corsi di ginnastica finalizzata alla salute e al fitness, metodo yoga, tenuti dalla suddetta Associazione.

Data Firma _____