

DICHIARAZIONE POSSESSO CERTIFICATI MEDICI

Io sottoscritto.....

Presidente della Società.....

Cod. Affiliazione FISE

Dichiaro che l'atleta pat. N°

è in possesso di vaccinazione antitetanica e del certificato medico di idoneità
alla pratica sportiva agonistica rilasciato il ___/___/___ con scadenza
il ___/___/___ .

Con firma in calce alla presente dichiaro inoltre, ai sensi degli Artt. 33.20/33.21 Titolo III, Capo I, del
Libro I del Regolamento Generale, di aver acquisito la suddetta certificazione medica e che la
stessa in corso di validità, è custodita presso la sede societaria.

Luogo e data _____

In Fede
Il Presidente della Società
