



SETTORE PALLAVOLO

Dichiarazione Certificazione Medica

SETTORE PALLAVOLO AICS ROMA
Stagione Sportiva 20../20..

D I C H I A R A Z I O N E

In qualità di Presidente della società -----**responsabile** della squadra -----
----- del Comitato Provinciale AICS di Roma partecipante ai
Campionati Pallavolo AICS Roma stagione 20../20...

D I C H I A R O

sotto la mia responsabilità di essere in possesso dei certificati medici, in corso di validità, di tutti i giocatori iscritti che attestano la loro idoneità alla pratica dello sport agonistico.

Esonero di conseguenza l'AICS da qualsiasi responsabilità, sia civile che penale, derivante da dichiarazioni mendaci.

Data ___/___/_____

In Fede

Il Presidente

Sig. -----

Firma _____

Estremi documento _____

N.B. Questa dichiarazione è da compilare solo se non sono state consegnate le copie dei certificati medici d'idoneità alla pratica dell'attività sportiva agonistica.