Il Sottoscritto/a

i

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/viale/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_,

Consapevole di quanto prescritto dalla normativa cogente in materia di dichiarazione false o mendaci

**DICHIARO**

di godere di sana e robusta costituzione fisica, sollevando quindi l'A.S.D. Rugby Valcuvia da qualsiasi responsabilità derivante da mie false, mendaci o parziali dichiarazioni.

**MI IMPEGNO**

a comunicare all'associazione  qualunque variazione del mio stato di salute, manlevandola altresì in caso di mia mancata, falsa o parziale dichiarazione.

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

questa autocertificazione viene redatta ed utilizzata ai soli fini di condurre attività **NON AGONISTICA.** La presente certificazione ha validità di giorni quindici dalla data di firma del presente documento, equivalenti al periodo di “prova” presso l'associazione in intestazione.

**ACCONSENTO**

al trattamento dei miei dati personali , che verranno trattati secondo quanto stabilito dalla normativa cogente.

Cassano Valcuvia, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_