

AUTOCERTIFICAZIONE PER VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA

Io sottoscritto/a _____ (nominativo
dell'atleta o del genitore/tutore in caso di minore)

nato/a a _____ il // _____ residente a
_____ in via _____, n. _____

documento di identità n. _____ rilasciato da _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

che l'atleta _____ (nominativo
dell'atleta, se diverso dal dichiarante)

codice fiscale _____

effettua la visita medico-sportiva agonistica in quanto richiesta dalla **Società Sportiva**
_____, presso la quale è tesserato/a per la pratica dello sport
_____.

Consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di
dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze civili e amministrative derivanti da false
attestazioni,

DICHIARO CHE

- La presente dichiarazione è veritiera.
- La visita è finalizzata al rilascio del certificato medico per attività sportiva agonistica.
- Sono a conoscenza che la presente autocertificazione ha valore ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data: _____

Firma del dichiarante: _____

Firma del genitore/tutore (in caso di atleta minorenni): _____