DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE MEDICA

Io sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____ Pr _____

in _____ n° _____ Cap _____

Tel. _____ Email _____

C.F. _____ Documento d'identità _____

numero _____ rilasciato da _____ il _____

In qualità tesserato della società: _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

- Di essere in possesso della certificazione medica richiesta dalle circolari annue del settore utili allo svolgimento dell'attività di Arbitro Associato;

- Di sollevare nel modo più ampio da ogni responsabilità connessa la Federazione Italiana Pallavolo - Comitato Territoriale di Bologna con sede in via Corticella 180/4 40128 – Bologna, Tel: 051/355121, e-mail: bologna@federvolley.it in relazione all'attività di Arbitro Associato da me svolta nella stagione sportiva corrente.

- Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data _____

Il dichiarante

_____