

**VISITA D'IDONEITA' A CARICO DELL' ATLETA NON EFFETTUATA E SCARICO DI
RESPONSABILITA' DELLA SOCIETA' SPROVVISTA DI CERTIFICATO MEDICO.**

Al presidente e legale rappresentante della A.S.D FUTURA SPORT

lo sottoscritto/a
nato/a a..... il..... associato con l'A.S.D. FUTURA
SPORT e in possesso di tesseramento in corso di validità n. tessera

PRESO ATTO

che le vigenti normative di legge prevedono che l'atleta deve effettuare una visita medico sportiva quale OBBLIGO LEGALE al fine di svolgere attività sia agonistica che non agonistica, consegnando, senza riserva alcuna, la certificazione ricevuta in originale, presso la segreteria della associazione

DICHIARA

pur essendo a conoscenza di quanto sopra, la propria impossibilità temporanea nel sottoporsi a visita medico sportiva presso centro medico autorizzato espletando gli obblighi di cui sopra.

DICHIARA INOLTRE

di essere infortunato/a per causa
e allego referto medico.

PRESO ATTO

che l'assenza del certificato comporta responsabilità civile e/o assicurativa a carico del Presidente e/o degli amministratori della società

ACCETTA

di ritenersi **SOSPESOLA dallo svolgere ogni attività sportiva in nome e per conto della suddetta associazione**, sollevando da ogni responsabilità civile e penale il Presidente della Società e tutti coloro che presumibilmente potevano **essere** al corrente della situazione (medico sociale, dirigenti, consiglieri, segretario, direttore tecnico, direttore sportivo, allenatore). Mi impegno altresì, per quanto inerente alla presente, a dare evidenza di ogni cambiamento non appena questo dovesse accadere.

....., li

Firma del associato dichiarante

.....