

AUTODICHIARAZIONE PER VISITA MEDICO-SPORTIVA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente (Città, Via, CAP) _____

identificato/a mezzo _____ nr. _____

rilasciato da _____ in data _____

quale Atleta agonista tesserato presso il CSB _____,

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi (ai sensi dell'art. 46, 47 e 76 D.P.R. 445/28.12.2000, del Codice penale e delle Leggi Speciali in materia).

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di aver fissato l'appuntamento per il giorno _____ presso un Centro - pubblico o privato - Medico specializzato in Medicina dello Sport per sottoporsi alla visita medica finalizzata al rilascio dell'idoneità alla pratica del biliardo sportivo (certificato di tipo A1 di durata biennale).

Data, _____

In fede

(Il dichiarante)