



Squadra ,,

Gara,,**SV**,,

Il/La Sottoscritto/a, ,,,

Nato/a ,,**il**,,,

Residente: a**in**.....

Codice Fiscale,,,

Con la presente, certifica in rispetto di tutto il gruppo squadra alla gara sopra indicata delle prescrizione sanitarie relative agli accertamenti Covid-19 previsti dai protocolli vigenti e delle normative legislative. Il/La Sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta sotto sua responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde a vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportiva agonistica, (Art. 46 D.P.R.445/2000)

Data

In Fede Il Presidente

N° Carta d'Identità