

**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 U.S. NAVE asd**

Io sottoscritto/a.....

nato/a a..... il.....

associato con U.S.NAVE asd e in possesso di tesseramento in corso di validità.

**PRESO ATTO**

che le vigenti normative di legge prevedono che l'atleta deve effettuare una visita medico sportiva prevista dalla legge del 18/2/82 e successive, quale **OBBLIGO LEGALE** al fine di svolgere attività sia agonistica che non agonistica, consegnando, senza riserva alcuna, la certificazione ricevuta in originale o in copia conforme, presso la segreteria della associazione

**DICHIARO**

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.

**DICHIARO 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

**ACCETTO**

di ritenermi **sospeso/a 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.

Firma del associato dichiarante

Firenze, li.....

Leggibile .....