

AUTOCERTIFICAZIONE SULLO STATO DI BUONA SALUTE PER MINORI

Il/la sottoscritto/a

nato/a a in data

genitore/ tutore di

nato/a a in data

residente a Prov. cap

in via/piazza

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CHE IL/LA FIGLIO/A (o il soggetto affidato alla propria custodia) RISULTA IN STATO DI BUONA SALUTE PER SVOLGERE ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA E ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva Scuola di Pallavolo Serramazzoni s.c.s. sd, ed eventuali altri enti o società co-organizzatori, da responsabilità sia civile che penale, derivanti da problematiche di salute non conosciute o non dichiarate nel presente modulo.

Dichiara, infine, di impegnarsi a informare senza indugio le società in merito qualsiasi fatto inerente lo stato psico/fisico del proprio figlio che possa in futuro verificarsi e modificare quanto dichiarato.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018 n. 101 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, si evidenzia che i dati personali inseriti saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza e trattati esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale tali dati vengono acquisiti.

Luogo e data

Firma

.....

.....