



SEZIONE DI CESENA - Via Cesenatico, 5735 - 47521 - CESENA (FC)
Tel. e fax 0547/661461
e-mail: cesena@cai.it
www.caicesena.com



Oggetto: corso di _____ anno _____

AUTOCERTIFICAZIONE MEDICA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF _____

residente a _____ via _____, n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera e/o falsità negli atti (art.76 DPR 445/2000), sotto la mia totale responsabilità

dichiaro

- di non avere in atto nessuna patologia psico-fisica o altro impedimento che possa arrecare controindicazioni all'attività di cui in oggetto;
- l'idoneità circa le mie attuali condizioni psico-fisiche anche in riferimento ad eventuali patologie pregresse e che gli esiti delle precedenti valutazioni mediche o mediche-sportive erano nella norma;
- che informerò immediatamente in forma scritta su eventuali patologie che dovessero sopraggiungere durante il corso, presentando al Direttore del Corso opportuna certificazione di idoneità, rilasciata da medico competente.

Ai sensi del D.LGS 193/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali per i fini connessi alla mia richiesta di partecipazione al corso, secondo le modalità previste dal decreto stesso.

Data _____

In fede
