Luogo, Data

Io sott. Tto/a ………………………………………………………………………… nato a: ……………………………………………… il: …\_\_/\_\_/\_\_\_\_, Codice Fiscale: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , in qualità di presidente della ASD/SSD ……………………………………………………………(denominazione della ASD/SSD) con sede legale a: ………………………………. Prov (……) in via/strada/piazza ……………………………………………………………………………………, n. ……………. Codice fiscale/partita iva: …………………………………………………..

**DICHIARO E CERTIFICO ALL’ORGANIZZAZIONE DELL’EVENTO**

Denominazione: …………………………………………………………… Id Evento RASD/CONI : ……………………………………….

Che gli atleti di seguito elencati sono in possesso di regolare certificazione medica agonistica in corso di validità il giorno dell’evento, indicando nome e cognome dell’atleta, codice fiscale e scadenza del loro documento.

Dichiaro inoltre che tutti gli atleti elencati sono in possesso di regolare tesseramento CSEN indicandone n. tessera e data di scadenza.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Scadenza Cert. Medico Agonistico | N. Tessera CSEN | Scadenza Tessera CSEN |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

In fede

Timbro e firma del Presidente della ASD/SSD