



## COMITATO PROVINCIALE DI LATINA

### SETTORE TENNIS – PADEL

#### Dichiarazione Certificazione Medica

Stagione Sportiva 2021/2022

#### D I C H I A R A Z I O N E

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

#### D I C H I A R O

sotto la mia responsabilità di essere in possesso del certificato medico, in corso di validità.

Esonero di conseguenza l'AICS da qualsiasi responsabilità, sia civile che penale, derivante da dichiarazioni mendaci.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In Fede

Firma \_\_\_\_\_