

Al Comune di Urbisaglia

Oggetto: CORSO DI GINNASTICA - DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Prov. (_____) residente ad Urbisaglia in via _____

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che:

- *Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio* *SI* *NO*
- *Sussiste diabete* *SI* *NO*
- *Sussistono patologie dell'apparato osteo-articolare* *SI* *NO*
- *Sussistono altre patologie che controindicano l'attività fisica* *SI* *NO*

ESONERA

Inoltre l'Amministrazione comunale ed il personale incaricato della tenuta del corso da ogni responsabilità civile per danni, infortuni o morte, derivanti dalla propria partecipazione al suddetto corso assumendone ogni rischio a completo ed esclusivo carico.

Urbisaglia lì

Firma
