

AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO DI VISITA MEDICA

Il sottoscritto

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente in via/piazza _____

Località _____ CAP _____

Consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci rese a norma dell'art. 26 della Legge 4.1.1968 n°15, modificato a norma dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n°44 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci sui dati indicati e le dichiarazioni rese in modo non veritiero, il sottoscritto dichiara di essere in possesso del **Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico** valido almeno fino al 31 dicembre dell'anno in corso. Sono consapevole che il Certificato è valido 365 giorni dalla data di rilascio.

Questo allo scopo di consentire a Yacht Club Romagna di certificare la circostanza sulla mia Tessera FIV.

Firma 1

Mi impegno inoltre a conservare a mia cura il Certificato Medico in originale sino al 31 gennaio del prossimo anno.

Data

Firma 2

Attenzione:

- 1 Tale certificato si ottiene abitualmente dal proprio medico di famiglia.
- 2 Se desideri partecipare a Campionati o Regate Internazionali non basta il Certificato **di Idoneità alla pratica sportiva** ti servirà il **Certificato Agonistico** che devi spedire in copia.
- 3 **Se vorrai rinnovare il tuo certificato medico nel corso dell'anno dovrai versare ulteriori 10 €** per remunerare la Società che gestisce fisicamente l'emissione delle Tessere FIV per conto di Yacht Club Romagna, fornendo un servizio rapido e preciso.

Questa autocertificazione va inviata via mail a bea@ycr.it