DICHIARAZIONE DI CONOSCENZA DELLE NORME IN MATERIA DI TUTELA SANITARIA

Il sottoscritto _____ nella qualità di Presidente e Legale Rappresentante della Associazione Sportiva/Gruppo Sportivo/Società Sportiva_____
affiliata al Centro Sportivo Italiano - Comitato Provinciale di Firenze, per la stagione sportiva 2024/245.

DICHIARA

1. sotto la propria responsabilità, di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e delle decisioni adottate in merito dal Consiglio Nazionale del C.S.I.;
2. che agli atti della Associazione Sportiva/Gruppo Sportivo/Società Sportiva, di cui il sottoscritto è Presidente, è conservata l'idonea documentazione prevista dalla vigente normativa in tema di tutela sanitaria dell'attività sportiva e che, per gli atleti minorenni, è stato rilasciato il consenso scritto da parte di chi ne esercita la potestà.

SI IMPEGNA

i praticanti, iscritti alla propria Associazione Sportiva/Gruppo Sportivo/Società Sportiva, agli accertamenti previsti dalle norme di legge, in tempo utile per la partecipazione alle attività e manifestazioni sportive organizzate dal C.S.I. e/o da società ad esso affiliate.

*L'organizzazione di C.S.I. Firenze declina ogni responsabilità in caso che la società è inadempiente a tale obbligo. si fa presente che il presidente sopracitato è l'unico responsabile e si prende carico di conservare e archiviare e controllare i propri atleti che si siano sottoposti a controllo per il rilascio regolare del certificato medico agonistico in corso di validità.

_____il _____
(luogo) (data)

(firma leggibile del Presidente)

_____