



Dichiarazione rispetto prescrizioni sanitarie

### Gruppo Squadra



Società \_\_\_\_\_

Squadra \_\_\_\_\_

Gara \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

con la presente certifica il rispetto da parte di tutto il Gruppo Squadra partecipante alla gara sopra indicata, delle prescrizioni sanitarie relative agli accertamenti Covid-19 previsti dai protocolli vigenti e dalle normative legislative.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta sotto sua responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n.445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



+39 0331 624621

[www.ardorbusto.it](http://www.ardorbusto.it)  
[usardor@tiscali.it](mailto:usardor@tiscali.it)

via Bergamo, 12  
21052 - Busto Arsizio

