

**DICHIARAZIONE**  
**A.A. 2019-2020**

Io sottoscritto/a .....

Tessera n. ....

Iscritto/a al corso di .....

In qualità di associato/a UNITRE MEDA

**DICHIARO**

che da parte di UniTre Meda mi è stata raccomandata la visita medica per constatare la mia idoneità a partecipare all'attività ludico-motoria ed amatoriale, ai sensi e agli effetti dell'art. 42-bis del D. Lgs. 69 del 21 giugno 2013 (convertito nella Legge 98 del 9 agosto 2013) in riferimento al Decreto del Ministero della Salute (Decreto Balduzzi) del 24 aprile 2013.

Non avendo effettuato la visita medica, mi assumo la totale responsabilità per qualunque rischio o danno, noto o sconosciuto, possa verificarsi come risultato della partecipazione al corso stesso.

Data .....

Firma .....