*******ANNO SPORTIVO 2023/2024*

LIBERATORIA PERIODO DI PROVA

|  |
| --- |
| Dati Genitore / Tutore (Da compilarsi in caso di atleta minorenne) |
| Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  @Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Dati Atleta |
| Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Luogo di Nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_  Indirizzo Residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_  Codice Fiscale Atleta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cellulare Atleta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ho saputo di Atletica Par attraverso Passaparola Sito Social Volantini Altro

|  |
| --- |
| PERIODO DI PROVA  DAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Solleva da ogni suo responsabilità l’A.S.D Atletica PAR Canegrate, il suo presidente e i collaboratori per qualsiasi tipo di infortunio che l’atleta dovesse subire al di fuori del periodo di copertura assicurativa, ovvero durante il periodo di prova sopra riportato, necessario per il tesseramento alla Federazione Italiana Atletica Leggera e della conseguente attivazione della polizza assicurativa legata al tesseramento stesso.  Prende altresì atto che la copertura assicurativa avrà efficacia all’atto dell’iscrizione con durata l’intero anno sportivo.  Dichiara sotto propria responsabilità nche l’atleta non ha prolemi di salute che gli impediscano di praticare l’attività sportiva o che mettano a rischio la propria incolumità fisica, ovvero risulta essere idoneo alla pratica dell’atletica leggera.  Dichiara di essere a conoscenza che il periodo di prova è gratuito e che nessun compenso andrà all’A.S.D. Atletica PAR Canegrate | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Canegrate, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FIRMA GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |