

## dichiarazione scarico responsabilità

**cognome e nome** \_\_\_\_\_

data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

indirizzo (via, n°) \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Ho preso visione delle attrezzature e dei servizi messi a disposizione dal centro sportivo Newlariopark, quindi dichiaro di non essere affetto da nessuna patologia che me ne impedisca l'utilizzo. Sollevo pertanto la S.S.D. High Tennis School e il centro sportivo Newlariopark da ogni responsabilità riguardo eventi pregiudizievoli connessi ad eventuali patologie che dovessero derivare alla mia persona nell'esecuzione di esercizi fisici con o senza attrezzi.**

**La presente dichiarazione è valida fino alla data di consegna del certificato medico OBBLIGATORIO AI SENSI DI LEGGE.**

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_  
dell'iscritto o di chi ne fa le veci se l'iscritto  
è minorenne