



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

**POSSESSO CERTIFICAZIONE MEDICA SANITARIA AI SENSI DEL ART.42/4 DEL
REGOLAMENTO STRUTTURA TECNICA (agg. libro secondo: Settore Ufficiali di Gara)**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) via/piazza _____

_____ n. _____.

C.F. _____ N° matricola FIPAV _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

- Di essere in possesso di adeguata certificazione medica di idoneità sportiva non agonistica finalizzato allo svolgimento della propria funzione di Arbitro Associato come da delibera del Consiglio Federale Fipav n: 071/18;
- Di esonerare la Federazione Italiana Pallavolo - Comitato Territoriale di Bologna da qualsiasi controversia scaturita dalla consegna di tale documentazione.
- Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96 e future modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata