

AUTOCERTIFICAZIONE DI POSSESSO DI CERTIFICAZIONE MEDICA

Con la presente io sottoscritto/a _____

Presidente/Responsabile della Società Sportiva _____

Con sede in _____

n° _____

Città _____ prov _____

Dichiara di essere in possesso dei certificati medici per l'anno 2023/2024

Degli atleti partecipanti alla manifestazione denominata:

**ANSPI – GIOCA CON NOI – TORNEO PALLA AL CENTRO – 1^ MEMORIAL LUCIANO
MENENTI**

In fede

Firma del Presidente /responsabile della Società

Data __ / __ / ____