



Movimento Sportivo Popolare

ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI



SOCIETA' _____

SQUADRA _____

GARA _____

Il/la sottoscritto/a, _____

nato/a _____ il _____

e residente a _____ in _____

codice fiscale _____

nella sua qualità di _____

con la presente certifica il rispetto da parte di tutto il Gruppo Squadra partecipante alla gara sopra indicata delle prescrizioni sanitarie relative agli accertamenti Covid-19 previsti dai protocolli vigenti e dalle normative legislative.

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta sotto sua responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Data _____

Firma _____

MSP ITALIA – COMITATO REGIONALE SARDEGNA

Via Crespellani, 1/C – Tel. 070530443 / Fax. 070548647 – 09121 Cagliari – Cod. Fisc. 92026170925
E-mail: presidente@mspsardegna.it – Web Site: www.mspsardegna.it