



A.S.D. LIBERI PODISTI PONTECCHIO

via Roma n.314 – 45030 Pontecchio Polesine (RO)

P.IVA 01482050299

www.liberipodistipontecchio.altervista.org

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

Codice fiscale: _____

socio dell'A.S.D. Liberi Podisti Pontecchio, **DICHIARA:**

- a) di **ACCETTARE** quanto previsto dallo **STATUTO** e dal **REGOLAMENTO INTERNO** associativo in vigore
- b) di **ESONERARE** il Presidente e il Consiglio Direttivo in carica, da ogni e qualsiasi responsabilità per danni al sottoscritto medesimo, a terzi o ad animali e cose, derivanti dall'attività sportiva sia durante la partecipazione a manifestazioni podistiche, sia durante gli allenamenti
- c) di **SOTTOPORSI**, ai fini SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' SPORTIVA ed a TUTELA DELLA PROPRIA SALUTE, periodicamente ad **ACCERTAMENTO MEDICO**, atto ad accertarne la propria idoneità. Nello specifico:
 - per lo svolgimento dell'attività sportiva **NON AGONISTICA**, si dovrà sottoporsi a visita medica sanitaria preventiva, intesa ad accertare lo STATO DI BUONA SALUTE o stato di idoneità alla PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA
 - per lo svolgimento dell'attività sportiva **AGONISTICA**, si dovrà sottoporsi a visita medica sanitaria preventiva, intesa ad accertare lo stato di idoneità alla PRATICA SPORTIVA AGONISTICA "ATLETICA LEGGERA"; successivamente si dovrà provvedere alla vidimazione del certificato, rilasciata presso la propria A.S.L. di riferimento
- d) di **CONSEGNARE** all'Associazione "A.S.D. Liberi Podisti Pontecchio", copia della CERTIFICAZIONE MEDICA in corso di validità ai fini della TUTELA SULLA PROPRIA SALUTE.
La copia da consegnare, può essere in forma cartacea oppure scannerizzata ed inviata tramite e-mail.
Non sono accettate forme diverse da quelle menzionate. La copia deve essere in una forma leggibile.
La mancata consegna della certificazione medica non consente la corretta iscrizione all'Associazione.
- e) di essere automaticamente **SOSPESO** dall'ATTIVITA' SPORTIVA in nome e per conto di A.S.D. Liberi Podisti Pontecchio, a seguito di mancata consegna della certificazione medica valida;
Conseguentemente:
 - l'Associazione si riserva di inviare relativa comunicazione di AVVENUTA SOSPENSIONE
 - il socio dovrà compilare la **DICHIARAZIONE DI SOSPENSIONE** e consegnarla all'Associazione
 - il socio dovrà **RESTITUIRE** la **TESSERA ASSOCIATIVA** all'Associazione
 - il socio **ESONERA** Presidente e Consiglio direttivo in carica da ogni e qualsiasi tipo di responsabilità per danni al sottoscritto medesimo, a terzi o ad animali e cose, derivanti dall'attività sportiva svolta in nome e per conto proprio, sia durante la partecipazione a manifestazioni podistiche, sia durante gli allenamenti
 - è **DIVIETO** iscriversi alle manifestazioni podistiche in nome e per conto di "A.S.D. Liberi Podisti Pontecchio"
 - al socio non saranno attribuiti punteggi alle classifiche interne
 - la sospensione **TERMINA** nel momento in cui verrà consegnato all'Associazione il certificato medico valido; solo in questo momento al socio verrà riconsegnata la tessera associativa
- f) di poter essere oggetto di **VALUTAZIONE** da parte del Consiglio Direttivo, resa necessaria causa comportamenti non idonei e non congrui con lo Statuto e Regolamento interno
- g) di **COMUNICARE** al responsabile di corsa, la propria intenzione a partecipare alle manifestazioni podistiche in tempi utili da garantire l'iscrizione di gruppo
- h) di **COMUNICARE** l'avvenuta presenza nelle manifestazioni podistiche ai fini classifiche interne
- i) di essere a **CONOSCENZA** che la QUOTA ANNUALE di iscrizione è relativa al periodo 1 Gennaio – 31 Dicembre
- j) di essere a **CONOSCENZA** che l'iscrizione all'A.S.D. Liberi Podisti Pontecchio garantisce la copertura anti-infortunistica

Data

Firma

(Firma di un genitore in caso di minore)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Data di ricezione: ____/____/____

Il Presidente _____