

MODELLO RICHIESTA RINVIO GARA CAUSA CONTAGI COVID-19



SOCIETA' _____

SQUADRA _____

GARA _____ DEL _____

CAMPIONATO _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____

e residente a _____

codice fiscale _____

nella sua qualità di _____

con la presente certifica che uno o più componenti del Gruppo Squadra, partecipante alla gara sopra indicata presenta sospetta positività al Covid-19, impegnandosi a documentare, successivamente, la relativa certificazione medica.

Il/La sottoscritto/a come sopra identificato/a attesta sotto la propria 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).

Email del dirigente _____

Cellulare del dirigente _____

FIRMA _____

data ____/____/____

LEGA NAZIONALE DILETTANTI – Comitato Regionale Abruzzo

Via Lanciano snc – 67100 L'Aquila – Tel. 0862/42681 – Fax 0862/65177 – C.F. 08272960587

e-mail: crLnd.abruzzo01@figc.it – web: abruzzo.lnd.it