



A. P. Pallavolo Certaldo

## CONSENSO ALLO SVOLGIMENTO DEL PERIODO DI PROVA

Il/La sottoscritto/a.....  
Residente in..... Via..... N.....  
Prov..... CAP..... Telefono..... Cellulare.....  
in qualità di genitore/tutore di.....  
nato a..... il.....

dichiaro

di essere consapevole che, nel periodo di prova, svolgendo l'attività ludico - motoria organizzata dalla A.P. Pallavolo Certaldo presso le Palestra Boccaccio-Viale Matteotti 51- Certaldo; Palestra Comunale -Via don Minzoni Certaldo; Palestra Scuola Media -Via Leopardi Certaldo, mi assumo ogni responsabilità dichiarando lo stato di buona salute di mio figlio/a per praticare attività sportiva secondo le normative vigenti, qualora non dovessi presentare contestualmente all'iscrizione al periodo di prova, l'obbligatorio certificato medico sportivo.  
Si autorizza la gestione di dati personali non sensibili sopra riportati ai sensi del D.L. 196/2003.

PERIODO DI PROVA: da giorno..... a giorno.....

Data

Firma