

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

con la presente dichiara sotto la propria responsabilità di essere in buono stato di salute psicofisica e che non presenta controindicazioni all'attività di rieducazione assistita in piscina e/o palestra.

Chiede di poter svolgere una sessione di prova ovvero di essere ammesso a frequentare il centro sin dalla data del presente atto, in attesa di produrre la certificazione medica attestante l'idoneità all'attività di rieducazione assistita in piscina e/o palestra.

Declino inoltre Fisiopolimedica Riviera S.r.l., con sede in Mira (VE) Piazza S. Nicolò 11/2, da ogni responsabilità relativa allo scorretto utilizzo dei locali ed attrezzature relative.

Mira _____

FIRMA _____