

**DICHIARAZIONE PER CERTIFICATO ATTIVITA' AGONISTICA**

*Spett.le Federazione Italiana Rugby  
Ufficio tesseramenti*

*Il sottoscritto* \_\_\_\_\_

*Presidente della società* \_\_\_\_\_

*Cod. \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità che si assume con la  
presente dichiarazione*

**DICHIARA**

*espressamente che il Sig.* \_\_\_\_\_

*nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ di cui a mezzo di  
allegato Mod.12 si è chiesto il tesseramento in qualità di giocatore "seniores", è  
in possesso di certificato medico di idoneità alla pratica agonistica del rugby, in  
corso di validità, rilasciato dalle competenti autorità sanitarie, il cui originale è  
conservato agli atti della società stessa.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Il Presidente della società*

\_\_\_\_\_

*Timbro della società*