|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE LIBERATORIA** |

Per la partecipazione all’attività motoria dell’evento “muoviAMOci a……..”, promossa dall’U.O. Igiene e Sanità Pubblica Forlì-Cesena, in data \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_, nel comune di \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

io sottoscritto/a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

nato/a a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ prov. ( \_ ) il \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_

**Dichiaro**

Di non aver ricevuto controindicazioni mediche alla pratica dell’attività fisica.

**Dichiaro**

con la sottoscrizione del presente modulo, di esonerare e sollevare da ogni responsabilità civile e/o penale per incidenti/infortuni/lesioni subiti per sé stessi o cagionati a terzi, compresi infortuni cagionati da altri partecipanti, smarrimento di oggetti ed effetti personali, l'Azienda Ausl della Romagna, i suoi collaboratori, addetti e incaricati;

nonché di rinunciare ad azioni civili e/o penali nei confronti della Azienda Ausl della Romagna e dei suoi collaboratori addetti ed incaricati per fatti o atti derivanti dalla partecipazione alla iniziativa precitata.

Il dichiarante conferma di aver letto e compreso la presente dichiarazione liberatoria prima di apporvi la firma.

Data Firma del dichiarante