

## AUTODICHIARAZIONE PER VISITA MEDICO-SPORTIVA

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente (Città, Via, CAP) \_\_\_\_\_  
identificato/a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
quale Atleta agonista tesserato presso il CSB \_\_\_\_\_,  
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti  
falsi (ai sensi dell'art. 46, 47 e 76 D.P.R. 445/28.12.2000, del Codice penale e delle Leggi Speciali in  
materia).

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di aver fissato l'appuntamento per il giorno \_\_\_\_\_ presso un Centro -  
*pubblico o privato* - Medico specializzato in Medicina dello Sport per sottoporsi alla visita  
medica finalizzata al rilascio dell'idoneità alla pratica del biliardo sportivo (certificato di tipo  
A1 di durata biennale).

Data, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
(Il dichiarante)