

**MANIFESTAZIONE: DISTENDAS – FINALE NAZIONALE 2018****LUOGO E DATA DI SVOLGIMENTO: ASCOLI SATRIANO (FG) – 20 MAGGIO 2018****RAPPRESENTATIVA REGIONALE** _____

Associazione Sportiva Finalista “ _____ ”

Via..... CAP.....LOCALITA'.....Tel.....

=====

=====

=====

=====

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

Tecnico Accompagnatore: 1 _____**Tecnico Accompagnatore: 2** _____

Il sottoscritto dichiara che è in possesso delle domande d'ammissione a socio dei singoli atleti di cui sopra e che i certificati medici attestanti l'idoneità alla pratica sportiva, con scadenza non inferiore a 30 giorni successivi la data di effettuazione della manifestazione, sono depositati presso la sede dell'associazione di appartenenza. Dichiaro, pertanto, che gli stessi sono in regola con la loro posizione sanitaria come prescritto dalla normativa vigente e che (sia gli accompagnatori dirigenti e tecnici, sia gli atleti) sono a conoscenza della polizza assicurativa stipulata tra l'Endas e la compagnia Assicuratrice. Pertanto, solleva gli organizzatori della gara da qualsiasi richiesta d'integrazione economica per incidenti e danni che possano verificarsi prima, durante e dopo lo svolgimento della manifestazione _____ salvo quanto previsto dal rapporto assicurativo stesso.

Luogo..... Data.....

Il Presidente Regionale Endas

timbro e firma