

Modello di dichiarazione per accreditamento Medici e Fisioterapisti
(protocollo anti-covid)

Il sottoscritto _____, Presidente della Società _____ Codice Federale _____, dichiara sotto la propria responsabilità che i seguenti accompagnatori, accreditati ai Campionati Italiani Assoluti 2020 in qualità di medici e/o fisioterapisti, sono in possesso dei requisiti necessari per l'esercizio della propria professione:

1. _____
_____ [nome e cognome dell'accompagnatore] [tipo di qualifica]

2. _____
_____ [nome e cognome dell'accompagnatore] [tipo di qualifica]

3. _____
_____ [nome e cognome dell'accompagnatore] [tipo di qualifica]

In fede,

L u o g o _____ e _____ d a t a _____

Firma

