



ASSOCIAZIONE DIPENDENTI
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' APS
Via del Castro Laurenziano n. 25
00161 Roma



Il/la sottoscritto/a _____

Tessera Associazione Dipendenti Istituto Superiore di Sanità n° _____ Richiede contributo per
n° _____ tessere FEDERTREK per un totale di _____ euro.

(Tessera Federtrek adulti 15,00 euro ragazzi 10,00 euro)

	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	N° TESSERA	DATA EMISSIONE
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____

N.B. Le attività sono da ritenersi amatoriali e ludico-motorie e **non sussiste pertanto l'obbligo da parte dell'associazione organizzatrice di acquisire e conservare la certificazione medica di idoneità; tuttavia si raccomanda vivamente** come indicato dall'art. 2 punto 6 del medesimo decreto di **effettuare un controllo sanitario presso il medico di base prima di iniziare l'attività** al fine di valutare la presenza di eventuali fattori di rischio legati a un pregresso stile di vita sedentario. Per gli **OVER 75 ANNI** deve essere prodotto un **certificato medico d'idoneità psico fisica**.

Firma per presa visione

Roma, _____

Il Responsabile dell'attività