

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA CONSERVAZIONE E INTEGRITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE MEDICA

A.S.D. TEAM PANDA

DICHIARANTE

Io sottoscritto/a

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a a: _____

Il: ____ / ____ / ____

Codice Fiscale: _____

Residenza: _____

Telefono: _____

Email: _____

DICHIARAZIONE

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi nonché di esibizione di atti contenenti dati non corretti (artt. 476-479 Codice Penale e art. 481 Codice Penale per falsità in certificati medici),
DICHIARO E MI IMPEGNO:

1. Conservazione Originale Documentazione

Che tutti i documenti da me trasmessi all'A.S.D. TEAM PANDA, inclusi certificati medici, attestati e qualsivoglia altra documentazione richiesta per l'iscrizione e la partecipazione alle attività sportive, **verranno conservati in forma originale** presso il mio domicilio/residenza in qualità di socio iscritto all'Associazione.

La documentazione resterà in mio possesso e sarà mantenuta integra, non deteriorata e non modificata per tutta la durata della mia iscrizione e secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Mi impegno a renderla disponibile all'A.S.D. TEAM PANDA per verifiche e controlli quando richiesto.

2. Integrità del Certificato Medico Sportivo

Che il certificato medico sportivo da me presentato è stato **rilasciato da una struttura medica autorizzata** (medico di medicina generale, pediatra, specialista in medicina dello sport iscritto alla FMSI o struttura sanitaria accreditata) e risulta originale e integro.

Dichiaro esplicitamente che:

- Il certificato medico depositato è quello **originale rilasciato dalla struttura autorizzata**, senza alcuna modifica, alterazione o manipolazione, sia cartacea che digitale;
- Non sono state apportate modifiche, cancellature, aggiunte, sovraccritture o alterazioni di alcun genere al certificato originale;
- Non sono stati utilizzati software, programmi di editing grafico, strumenti digitali o di qualsiasi natura per modificare, alterare, contraffare o falsificare il documento medico;
- Il certificato è **autentico e corrisponde fedelmente** a quanto rilasciato dal medico certificatore nella data indicata.

3. Consapevolezza Rischio Penale

Sono consapevole che la falsificazione, alterazione o contraffazione di un certificato medico integra il reato di:

- **Falso materiale in documento** (art. 476 Codice Penale) – punito con reclusione da uno a sei anni;
- **Uso di atto falso** (art. 489 Codice Penale) – punito con reclusione fino a un anno o multa da €51 a €516;
- **Falsità in certificati medici** (art. 481 Codice Penale) – punito con reclusione fino a un anno o multa da €51 a €516.

La responsabilità civile e penale per la falsificazione di certificati medici rimane integralmente in capo al sottoscrittore.

4. Responsabilità e Impegno Personale

Mi assumo la piena responsabilità civile e penale per:

- L'autenticità, originalità e integrità di tutta la documentazione presentata;
- La veridicità di tutte le informazioni fornite;
- Qualsiasi conseguenza derivante dall'esibizione di documenti falsi, alterati o non corrispondenti a verità.

Mi impegno inoltre a:

- Comunicare immediatamente all'Associazione qualsiasi variazione della mia situazione medica o della validità dei documenti presentati;
- Mantenere costantemente aggiornata la documentazione richiesta;
- Fornire prontamente, su richiesta, documentazione integrativa o di conferma della veridicità dei dati dichiarati.

5. Conformità alla Normativa

Consapevole che questa dichiarazione ha carattere vincolante e che l'A.S.D. TEAM PANDA è autorizzata a conservare la documentazione originale secondo quanto previsto dal D.M. 18 febbraio 1982 "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica" e dalle disposizioni vigenti in materia di privacy e conservazione dati (GDPR, Decreto Balduzzi, D.M. 24 aprile 2013).

SOTTOSCRIZIONE

Consapevole delle conseguenze civili e penali della falsa dichiarazione, **DICHIARO CONSAPEVOLMENTE** che il contenuto della presente dichiarazione è vero e conforme alla realtà, assumendomi piena responsabilità civile e penale per eventuali falsità.

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti l'atto di notorietà ed è soggetta alle medesime conseguenze penali.

Luogo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Firma (per esteso): _____

NOTE LEGALI E MODALITÀ D'USO

- 1. Sottoscrizione:** La dichiarazione deve essere sottoscritta personalmente da ogni iscritto all'A.S.D. TEAM PANDA. La firma deve essere per esteso (nome e cognome).
 - 2. Originalità:** È consigliabile conservare l'originale firmato presso l'Associazione e fornire copia al sottoscrittore.
 - 3. Validità:** La dichiarazione ha validità illimitata ma dovrà essere rinnovata in caso di rinnovo dell'iscrizione o di variazioni della documentazione medica.
 - 4. Allegati:** A questa dichiarazione deve essere allegata copia del certificato medico sportivo originale sottoscritto dal medico certificatore.
 - 5. Conformità Normativa:** Redatto in conformità al D.M. 18 febbraio 1982, D.P.R. 445/2000, D.M. 24 aprile 2013 (Decreto Balduzzi), e normativa penale italiana.
-

A.S.D. TEAM PANDA

Per informazioni contattare la segreteria dell'associazione