

AUTOCERTIFICAZIONE DI RAPPORTO DI COLLABORAZIONE
Circolare del Ministero della Salute del 15 maggio 2020 n. 0011185
DGSAF – MDS- P,

_____ **A.S.D.**
Via _____ **n°** _____
C.A.P. _____ **COMUNE DI** _____
Prov. () c.f./p.iva _____

Io sottoscritto **nome** _____ **cognome** _____
nato a _____ () **il** _____ e residente in **via** _____ **n°** _____
c.f. _____, tessera **ISHA/OPES n°** _____
in qualità di presidente dell' _____ **A.S.D.**
registrata presso il **C.O.N.I. n°** _____ e affiliata all' **E.S.P. OPES ITALIA,**

VISTO il DPCM del 03/11/2020

VISTA la circolare *Circolare del Ministero della Salute del 15 maggio 2020 n. 0011185 DGSAF – MDS- P,*
sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

che in data _____ presso la sede in intestazione, a seguito di delibera di assemblea direttivo, sono stati nominati collaboratori del centro, le persone di seguito riportate:

nome _____ **cognome** _____ **nato a** _____ () **il** _____,
residente in **Via** _____ **n°** _____ **comune di** _____ ()
c.f. _____ **C.I.** _____
tessera **ISHA/OPES n°** _____ **n° registro CONI** _____
qualifica di
SOCIO COLLABORATORE () TECNICO ISTRUTTORE () ALLEVATORE ()
AUTISTA VAN () MANISCALCO () ARTIERE ()

nome _____ **cognome** _____ **nato a** _____ () **il** _____,
residente in **Via** _____ **n°** _____ **comune di** _____ ()
c.f. _____ **C.I.** _____
tessera **ISHA/OPES n°** _____ **n° registro CONI** _____
qualifica di
SOCIO COLLABORATORE () TECNICO ISTRUTTORE () ALLEVATORE ()
AUTISTA VAN () MANISCALCO () ARTIERE ()

nome _____ **cognome** _____ **nato a** _____ () **il** _____,
residente in **Via** _____ **n°** _____ **comune di** _____ ()
c.f. _____ **C.I.** _____
tessera **ISHA/OPES n°** _____ **n° registro CONI** _____
qualifica di
SOCIO COLLABORATORE () TECNICO ISTRUTTORE () ALLEVATORE ()
AUTISTA VAN () MANISCALCO () ARTIERE ()

IN FEDE
Il presidente

i collaboratori

TIMBRO

