



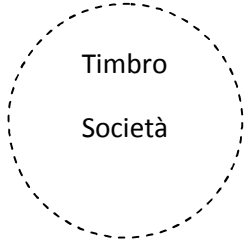
**F I P A V - FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO  
COMITATO TERRITORIALE LIGURIA PONENTE**

Via Paleocapa, 4/7 - 17100 SAVONA - tel. e fax: 019.853084

[www.fipavliguriaponente.it](http://www.fipavliguriaponente.it) [gare@fipavliguriaponente.it](mailto:gare@fipavliguriaponente.it) [ponente@federvolley.it](mailto:ponente@federvolley.it)

**Allegato 3**

**AUTOCERTIFICAZIONE D'IDENTITÀ PER MINORI  
(da parte di chi ne esercita la patria potestà)  
(da vidimare dal C.T.)**



Il sottoscritto ..... in qualità di.....

nato a ..... Prov. ....il .....

**CERTIFICA**

che la fotografia allegata al presente documento corrisponde all'atleta

..... data di nascita .....

cognome e nome

residente a ..... Prov..... Via .....

**DICHIARA**

inoltre di essere stato informato sulle responsabilità penali per dichiarazioni false.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Per convalida il Presidente della Società \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_