**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro (a), (estado civil), advogado (a), inscrito (a) na OAB/\_\_\_ \_\_\_\_\_, declaro para todos os fins de direito que concordo com todas as disposições contidas no **Regulamento da ALIFA Campeonato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**assumindo total responsabilidade por minha participação voluntária nas atividades, declarando ainda que estou inteiramente apto (a) para prática da atividade física, em especial a prática de futebol, no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em Recife-PE, estando ciente, principalmente, sobre as condições e horários dos jogos estabelecidos pela organização, isentando a ALIFA, bem assim seus organizadores e demais membros do evento de toda e qualquer responsabilidade por acidentes que venham a ocorrer durante a competição, ou ocorrência de mal súbito, decorrente de doenças pré-existentes, ou qualquer outro motivo que não seja de conhecimento da ALIFA.

**\*(Para aqueles que possuem plano de saúde preencher este parágrafo)**

Declaro ainda, ser participante do Plano de Saúde da Operadora UNIMED, plano NACIONAL (características do plano de saúde)

**\*(Para os que não possuem plano de saúde)**

Declaro ainda, não possuir plano de saúde, caso ocorra algum incidente, autorizo a Organização do Evento a encaminhar para hospital da rede pública e, caso, seja solicitado o encaminhamento para hospital de rede privada, arcarei com todas as despesas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2022.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome Atleta**

**O.A.B\_\_\_\_**

**C.P.F \_\_\_\_\_\_**