

MODULO DI ISCRIZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

La preghiamo di compilare tale modulo valevole come iscrizione all'Albo Cittadini Attivi di Quartiere e autocertificazione del suo stato di salute.

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Residenza: _____

Numero telefonico: _____

E-mail: _____

Si prega di barrare la scelta corretta:

- Dichiaro di trovarmi in stato di buona salute e di essere in grado di svolgere le attività inerenti il corso proposto.
- Dichiaro di avere le seguenti problematiche (segnalare qualsiasi problema a livello fisico di natura cardiocircolatoria o scheletrica ecc.. ed eventuali operazioni importanti)

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo gli organizzatori da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Data

Firma leggibile