

## 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