

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI  
ACI CATENA

I sottoscritti:

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residenti in Aci Catena via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

CHIEDONO

alla S.V. di volerli ammettere a partecipare al Soggiorno istituito dal Comune che si effettuerà \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nel mese di \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 28.12.2000 n.445, che:

1) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

di essere nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

2) di essere residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;

3) che lo stato di famiglia è composto oltre che da me dalle seguenti persone: \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ ;

4) che mio figlio \_\_\_\_\_ è nato il \_\_\_\_\_ ;

che mio figlio \_\_\_\_\_ è nato il \_\_\_\_\_ ;

che mio figlio \_\_\_\_\_ è nato il \_\_\_\_\_ ;

5) di non aver partecipato a precedenti soggiorni;

6) di aver partecipato ai seguenti soggiorni \_\_\_\_\_ ;

Con la presente, contestualmente esonero, l'Amministrazione Comunale e tutto il personale da ogni e qualsiasi responsabilità civile e penale per quanto dovesse accadere durante il viaggio ed il soggiorno.

SI ALLEGA:

SCHEDA MEDICA PERSONALE – ATTESTAZIONE I.S.E., RILASCIATA NELL'ANNO 2016, RELATIVA AI REDDITI ANNO 2014 – FOTOCOPIA DI IDONEO DOCUMENTO DI IDENTITA'.

Si precisa, che i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per fini istituzionali del Comune di Aci Catena in applicazione del D. Lgs. N.196/2003 (tutela della privacy).

Aci Catena li \_\_\_\_\_

I RICHIEDENTI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SCHEDA MEDICA PERSONALE

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

NAT. IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CARDIOPATIA            SI            NO

Specificare \_\_\_\_\_

PACE MAKER            SI            NO  
IPERTENSIONE        SI            NO  
DIABETE                SI            NO

Specificare \_\_\_\_\_

MALATTIE OSTEOARTICOLARI            SI            NO

Specificare \_\_\_\_\_

E' INTOLLERANTE O ALLERGICO A QUALCHE FARMACO E/O ALIMENTO?    SI    NO

Specificare \_\_\_\_\_

ALTRE MALATTIE: \_\_\_\_\_

TERAPIA CRONICA IN ATTO PRATICATA: \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO MEDICO:**

**Il paziente in oggetto è autosufficiente ed è in grado di viaggiare e fare escursione.**

Si rilascia a richiesta dell'interessato

ACICATENA \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

TIMBRO E FIRMA  
MEDICO