

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI
ACI CATENA

L sottoscritt _____ nat a _____ il _____
residente in Aci Catena via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

alla S.V. di volerlo 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 _____ ;
- 2) di essere residente a _____ via _____ n. _____ ;
- 3) di essere celibe/nubile;
- 4) di essere coniugato con _____ ;
- 5) di essere vedovo di _____ ;
- 6) che lo stato di famiglia è composto oltre che da me dalle seguenti persone: _____
_____ ;
- 7) che mio figlio _____ è nato il _____ ;
che mio figlio _____ è nato il _____ ;
che mio figlio _____ è nato il _____ ;
- 8) di non aver partecipato a precedenti soggiorni;
- 9) 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:
SCHEDE MEDICA PERSONALE – ATTESTAZIONE I.S.E., RILASCIATA NELL'ANNO 2016,
RELATIVA AI REDDITI ANNO 2014 – FOTOCOPIA DI IDONEO DOCUMENTO DI
IDENTITÀ'.

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

Acì Catena lì _____

IL RICHIEDENTE

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