

Autocertificazione di idoneità fisica

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di non presentare malattie infettive-contagiose in atto né malattie psichiche gravi e di essere persona autosufficiente.

Il Dichiarante

Data _____