

## 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 \_\_\_\_\_