

## MODULO DI ISCRIZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE DELLO 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 .
- Dichiaro di avere le seguenti problematiche (segnalare qualsiasi problema a livello medico)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la “Fondazione il Sole” 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