



Autodichiarazione ritrovato benessere fisico
AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N°445/2000

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il ____ / ____ / ____
a _____ (____), residente in _____ (____),
Via _____,
Cell _____ email _____

(da compilare all'occorrenza):

In qualità di _____ del minore _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di avere ricevuto apposita certificazione medica attestante il ritrovato completo benessere fisico.

Con la firma di questo documento il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del proprio stato di salute.

Seriate, li __/__/____

In fede (firma dell'interessato)

Il genitore o tutore (*in caso di minore*)

Il presente modulo sarà conservato dall'Associazione nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali, fino al termine dello stato di emergenza sanitaria.