

ALLEGATO B

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

(da compilare ai sensi dell'art. 2 del Regolamento Comunale)

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Residenza: _____

Numero telefonico: _____

E-mail: _____

Dichiaro

di trovarmi in stato di buona salute e di essere in grado di svolgere l'attività di coltivazione dell'orto.

Dichiaro

che quanto sopra corrisponde al vero.

I dati sensibili forniti in questo modulo verranno trattati in base alla legge sulla privacy vigente.

Data

Firma leggibile
