

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del DPR 28.12.200 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci, false e comunque contenenti dati non corrispondenti al vero

## DICHIARA

che ai sensi del Decreto del Ministero della Salute in data 24 aprile 2013 (G.U. N. 169 del 20/07/2013), **mi sono sottoposta/o a controllo medico preventivo** presso lo studio medico del Dott. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, necessario per la partecipazione ai corsi comunali di ginnastica per anziani.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai fini dell'attuazione del procedimento in corso (D.Lgs. 196/2003 recante disposizioni a tutela del trattamento dei dati personali).

Letto, confermato e sottoscritto.

Villorba,

**IL DICHIARANTE (\*)**

(\*) La firma non deve essere autenticata nel caso in cui venga apposta innanzi al Responsabile del Procedimento o venga allegata fotocopia di un documento d'identità.

\_\_\_\_\_

## A cura del personale comunale

Attesto che la sottoscrizione della presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza da

\_\_\_\_\_, previo accertamento dell'identità personale .

Villorba, li \_\_\_\_\_