

**SCHEMA SANITARIO PER GLI ACCOMPAGNATORI DEI PARTECIPANTI AI SOGGIORNI
“PROTETTI” ORGANIZZATI DALLA COMUNITÀ DELLA PAGANELLA - ANNO 2019
DA FAR COMPILARE DAL PROPRIO MEDICO CURANTE**

Si certifica che il/la Signor/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
Via _____ n. _____ Tel. _____
è in condizioni psico/fisiche idonee a svolgere l'attività di assistenza continuativa al/la Signor/a
che prenderà parte ai soggiorni estivi “protetti” organizzati dalle Comunità della Paganella e Rotaliana.

Data _____ Timbro e firma del Medico curante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(vale quale dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio ai sensi del D.P.R. 445/2000)

A tale scopo, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere, ai sensi dell'art. 76 del T.U. sulla documentazione amministrativa, in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e che qualora dal controllo delle dichiarazioni dovesse emergere la loro non veridicità, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

Il/la sottoscritto/a _____

CODICE FISCALE

residente a _____ via _____ n. _____
tel. _____ si impegna ad assistere in modo esclusivo e continuativo il/la Signor/a
_____ che prenderà parte ai soggiorni estivi "protetti" organizzati
dalle Comunità della Paganella e Rotaliana.

Dichiara di **essere** **non essere** **parente o affine entro il terzo grado**

In fede

Data Firma

Da compilarsi a cura dell'ufficio

Il sottoscritto dipendente del Servizio Socio-Assistenziale della Comunità della Paganella, ai sensi dell'art. 38 del T.U. in materia di documentazione amministrativa, attesta che la firma in calce alla suestesa dichiarazione:

- E' stata apposta in mia presenza dal/la signor/a
 - E' stata consegnata sottoscritta unitamente alla copia del documento di identità che si allega

data..... (firma del funzionario)