

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DI BUONA SALUTE E DI
IDONEITA' - ATTIVITA' COMMISSIONE MENSA**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

NOME

Nato/a a in data

Residente aProvincia.....Cap.....

In via/piazza

Recapito telefonico.....

consapevole della responsabilità che con la presente dichiarazione si assume, ai sensi dell'art. 47 e delle sanzioni previste ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.:

- dichiara di essere di sana e robusta costituzione fisica, ed in ogni caso di godere di buona salute e di essere pienamente idoneo a svolgere le attività previste nell'ambito della COMMISSIONE MENSA.
- esonera da ogni responsabilità il Comune di Fiano Romano espressamente confermando che quanto sopra corrisponde a verità.

Data

Firma

Allegato:

- Copia del documento di identità in corso di validità.