



DICHIARAZIONE SUL PROPRIO STATO DI SALUTE

Il/La sottoscritto/a

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Quale Volontario iscritto nel Gruppo Comunale di Protezione Civile del Comune di Badia Pavese.

DICHIARA

1. Di godere di buona salute.
2. Di possedere le qualità psicofisiche per esercitare il ruolo di Volontario di protezione civile.
3. Di non poter svolgere le seguenti attività (specificare nella tabella sottostante eventuali attività che non si possono svolgere)

4. Di non essere affetto da patologie che possono contrastare con la mansione di Volontario di protezione Civile.

Badia Pavese, lì _____

Firma per esteso _____

I dati sopra riportati saranno a disposizione unicamente delle persone preposte all'impiego dei volontari del Gruppo Comunale di Protezione Civile del Comune di Badia Pavese