

AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto _____

nato a _____ (_____) il ____/____/____

residente a _____ (_____)

via e n° civico _____ (_____)

D I C H I A R O

sotto la mia responsabilità, di essere al momento immune da malattie infettive (epatite, salmonellosi, morbillo, varicella, parotite, ecc..) e psichiche, per questo mi ritengo idoneo a vivere in una comunità.

Faccio presente che, nel caso io contraessi malattie infettive, mi impegno a comunicarlo subito alla Direzione del Pensionato.

Ciò attesto per tutti gli usi consentiti dalle vigenti leggi e cui io risponderò legalmente.

In fede

(il dichiarante)

Pisa, il ____/____/____