

**ACCETTAZIONE DEL MEDICO PER LA RESPONSABILITA' IGIENICO-SANITARIA  
AI SENSI DELLA D.G.R. n.1326/1998**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ (Cittadinanza \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

accetta la designazione e consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445

**DICHIARA**

- di essere in possesso dei requisiti morali così come previsti dagli artt. 11 e 92 del T.U.L.P.S. - R.D. 18.6.1931 n. 773;
- che non sussistono nei propri confronti "cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art.10 della legge 31.5.1965, n. 575" (antimafia);
- di essere munito di un certificato, rilasciato dall'azienda sanitaria, attestante di essere esente da malattie infettive contagiose che siano di ostacolo alla sua permanenza al campo stesso.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n.196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data , \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Allega:**

- fotocopia del documento d' identità in corso di validità
- fotocopia del permesso di soggiorno/carta di soggiorno, se straniero, in corso di validità