**DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ**

Il/La sottoscritto/a ...………………………………………………………………………… nato/a il ……………...... a ................................................. c.f. …………………………….. residente in Pellezzano alla via ………………………………………….. n. ……….. Telefono .................................... e-mail ......................................................, consapevole della rilevanza giuridica delle dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e degli impegni sotto riportati, in riferimento al certificato rilasciato dal proprio medico curante che, in base alla conoscenza e all’anamnesi, non ha ritenuto evidenziare e/o riportare cause ostative alla partecipazione al soggiorno climatico dal 07 al 14 settembre 2025 a Ischia,

**DICHIARA**

* di confermare, come da certificato rilasciato dal proprio medico curante che, in base alla conoscenza e all’anamnesi non ha ritenuto evidenziare e/o riportare cause ostative, di essere in condizioni fisiche idonee alla partecipazione al soggiorno di che trattasi e di impegnarsi ad osservare scrupolosamente tutte le prescrizioni terapeutiche fornite dal proprio medico curante per la partecipazione in sicurezza al predetto soggiorno, sollevando il Comune di Pellezzano da ogni e qualsivoglia responsabilità inerente qualsiasi eventuale problematica causata da condizioni fisiche non idonee;
* di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96, del successivo D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Luogo ………………………………………… Data ……………………………

Firma