

**UOMO**

Il sottoscritto:

1)- Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di Macerata C. alla via \_\_\_\_\_

**Tel. (OBBLIGATORIO)** \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere ammesso al soggiorno anziani organizzato da Codesto Ente.

Si allega:

1)- Certificato medico attestante l' idoneità a partecipare al soggiorno-

2)- Versamento di € 200.00.

3)-Copia TESSERA SANITARIA.

**DICHIARAZIONE DI ESONERO DI RESPONSABILITA'**

- 1) Il Partecipante dichiara, sotto la propria responsabilità, di esonerare il Comune di Macerata Campania da ogni responsabilità sia civile che penale relativa e conseguente all' accertamento della idoneità alla partecipazione al soggiorno;
- 2) Il Partecipante si impegna ad assumere un comportamento conforme ai principi di legalità e rispetto dei principi di civiltà ed a non assumere, in nessun caso, comportamenti che possano mettere in pericolo la propria o l' altrui incolumità;
- 3) Il Partecipante solleva il Comune di Macerata C. da qualsiasi responsabilità, diretta e indiretta, per eventuali danni materiali e non materiali e/o spese (ivi incluse le spese legali), che dovessero derivargli a seguito della partecipazione al soggiorno.
- 4) Il Partecipante, infine, con la firma del presente modulo si assume ogni responsabilità civile e penale, anche oggettiva, in conseguenza di infortuni cagionati a sé o a terzi ed a malori verificatisi durante l' intera durata del soggiorno

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_**AVVERTENZE**

LA DOMANDA DOVRA' ESSERE CONSEGNATA **COMPLETA** ENTRO  
LE ORE 12.00 DEL 02/10/2017

Spazio riservato all'Ufficio