

## AUTOCERTIFICAZIONE MEDICA

### Attestante lo stato di buona salute per la vita all'interno della struttura

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

#### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

Di essere in stato di buona salute e di non presentare segni o sintomi clinici di malattie o di patologie che impediscano o siano incompatibili con la vita di comunità.

#### Altresì DICHIARO

- Di non presentare alcuna allergia o intolleranza alimentare.
- Di presentare le seguenti allergie/intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_

#### Altresì DICHIARO

- Di non utilizzare in maniera continuativa alcun farmaco.
- Di utilizzare in maniera continuativa il/i seguente/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

#### Infine, DICHIARO che:

quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e sollevo l'ADSU di L'Aquila da responsabilità derivanti da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), di aver preso visione dell'Informativa privacy e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati con strumenti automatizzati e manuali per il tempo strettamente

necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti ed in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

I dati raccolti potranno essere trasmessi ad altre Amministrazioni Pubbliche nell'esecuzione di specifici compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di pubblici poteri. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

Luogo, Data

Firma del dichiarante

---

---