

## AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI BUONA SALUTE PER IL TRATTAMENTO OSTEOPATICO

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a.....il.....  
residente a.....  
in via.....

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000:

- di risultare in stato di buona salute psicofisica,
- di non presentare controindicazioni al trattamento osteopatico
- di esonerare il Comune di Chiaramonte Gulfi da ogni responsabilità e conseguenza derivante da malori e/o infortuni occorsi in relazione al trattamento ricevuto e imputabili alla non idonea condizione fisica.
- di comunicare tempestivamente al Comune di Chiaramonte Gulfi per iscritto l'eventuale sopraggiungere di patologie e/o complicanze che potessero risultare incompatibili con il trattamento ricevuto.

Il sottoscritto dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla partecipazione al trattamento in questione dal Comune di Chiaramonte Gulfi e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili nei limiti di quanto strettamente necessario.

---

LUOGO E DATA

---

firma