

**Ufficio Socio Assistenziale**  
**Comune di Chiaramonte Gulfi**

Il/La Sottoscritto/a .....nato/a a .....  
il..... e residente a Chiaramonte Gulfi in via .....,

con la presente richiede di poter beneficiare del trattamento osteopatico così come previsto e stabilito nel Progetto approvato dalla Giunta Municipale del Comune di Chiaramonte Gulfi.

Lo/la stessa dichiara espressamente di esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità, per gli effetti o le eventuali conseguenze anche indirettamente collegate al trattamento ricevuto.

Alla presente istanza si allega:

1. Certificazione medica o in alternativa dichiarazione sostitutiva l'atto di notorietà (art. 47 DPR 445/2000), attestante la condizione fisica compatibile con il trattamento osteopatico, il cui effetto è solo quello di promuovere il movimento fisiologico in ogni parte del corpo.
2. Certificato ISEE
3. Fotocopia del documento d'identità

Chiaramonte Gulfi li.

Firma

\_\_\_\_\_