

# **CORSO PSICOMOTRICITA': AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

Di partecipare al corso di psicomotricità per anziani presso la palestra della casa di riposo "Casa Mia" e dichiara inoltre di essere in condizioni fisiche tali da consentire la partecipazione al suddetto corso.

In fede,

Forlì, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## **RECAPITO PARENTI:**

Nome ..... cognome ..... Telf. ....

Indirizzo .....

.....

parentela: .....

Nome ..... cognome ..... Telf. ....

Indirizzo .....

.....

parentela: .....