

SCADENZA 09/08/2019



**COMUNE DI SERDIANA**

Provincia Sud Sardegna  
Servizio Socio – Culturale

**AL SIG.SINDACO  
COMUNE DI SERDIANA**

**ADESIONE AL SERVIZIO di ATTIVITA' GINNICHE PER ADULTI 2019/2020**

(compilare in stampatello)

Il/la sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

e residente a Serdiana in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare all'attività ginniche per adulti che si terrà dal mese di settembre 2019 e sino al 31 maggio 2020.

**DICHIARA**

- di essere consapevole che il corso è rivolto a un numero massimo di 30 partecipanti, che abbiano tra i 50 e gli 85 anni di età (*nel caso in cui le domande dovessero essere superiori a n. 30, viene data la precedenza ai candidati più anziani*);
- di allegare il **certificato medico in originale** dal quale risulta lo stato di buona salute personale per le attività ginniche per adulti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ufficio, l'eventuale rinuncia alla frequenza del corso;
- di compartecipare al costo del servizio nella misura del 50% tramite bollettino postale n.16182099 intestato al Comune di Serdiana - Servizio di Tesoreria casuale: Attività ginniche per adulti indicando nome e cognome e mese di frequenza;
- di essere a conoscenza del fatto che la quota mensile di partecipazione dovrà essere versata anticipatamente anche in caso di rinuncia o mancata frequenza del corso;
- di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi del D.P.R. 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti;

**DICHIARA INOLTRE**

- in relazione al servizio attività ginniche per adulti usufruito negli anni precedenti:
  - di non avere morosità
  - di avere morosità

*Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 679/2016 che i dati personali saranno trattati per necessità nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.*

Allega alla presente:

- copia di un documento di identità in corso di validità
- certificato medico originale

Serdiana, li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_