

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

attesta con la presente di aver risposto in modo completo, veritiero e corretto, alle domande del formulario *“Esame medico d'idoneità per pompieri – Modulo per il pompiere”* in particolare senza aver sottaciuto aspetti noti relativi al suo stato di salute.

Egli dichiara parimenti di acconsentire al trattamento dei suoi dati a scopo puramente interno secondo la Direttiva del Dipartimento delle finanze e dell'economia, Ufficio della difesa contro gli incendi, di cui ha preso conoscenza.

Luogo e data:

In fede: