



Alla Regione Toscana  
Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale  
Settore Innovazione Sociale  
Via di Novoli 26  
50127 Firenze

### Dichiarazione certificazione sanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di  
Rappresentante Legale /Responsabile del Servizio Civile  
dell'Ente \_\_\_\_\_ iscritto/a nell'albo del servizio civile regionale con  
codice RT \_\_\_\_\_

con la presente dichiara

- che i seguenti volontari in stato idoneo selezionato del Progetto: " \_\_\_\_\_ " finanziato con il Por Fse 2014/2020 (una dichiarazione per ciascun progetto finanziato):
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

hanno fornito il certificato medico per lo svolgimento del servizio civile, che sarà conservato a cura dell'Ente nella cartella di ciascun giovane.

Luogo e data,

**Firma**

\_\_\_\_\_  
Rappresentante Legale o Responsabile del Servizio Civile Regionale

**N.B.: COMPILARE UNA DICHIARAZIONE PER CIASCUN PROGETTO FINANZIATO**