**Allegato F)**



 Alla Regione Toscana

 Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

 Settore Processi Trasversali strategici

 Via di Novoli 26

 50127 Firenze

**Dichiarazione certificazione sanitaria**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale rappresentante/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**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Legale Rappresentante o Responsabile del Servizio Civile Regionale

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