



Dichiarazione Liberatoria

Il/La sottoscritto/a (Nome Cognome)_

Numero tessera SISM _____

Nato/a a (Luogo) il (Data)_

PREMESSO

CHE

- Aderisce al SISM - Segretariato Italiano Studenti in Medicina – Sede Locale di _____ in qualità di socio ordinario;

- Intende recarsi presso CSFS (Centro Salute Famiglia Straniera) ove presterà attività non retribuita, a scopo di formazione teorica;

CIO'

PREMESSO

dichiara espressamente di sollevare il SISM , da ogni e qualsivoglia responsabilità per ogni fatto o accadimento che dovesse verificarsi in occasione o in conseguenza della predetta Iniziativa e attività correlate.

(Luogo),(Data)

Firma