

## DICHIARAZIONE A CURA DEL GIOVANE PER LA PARTECIPAZIONE ALLA PROPOSTA “PROVA PER 3 GIORNI”

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### ACCONSENTO E CHIEDO

di partecipare alle attività di condivisione diretta nella struttura proposta dall'Ass. Comunità Papa Giovanni XXIII, accreditata come sede di Servizio Civile Volontario, denominata \_\_\_\_\_ ubicata nel comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, a far data dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Mi impegno** a seguire le regole e le indicazioni che mi verranno di volta in volta suggerite dagli operatori della struttura, in particolare dalla figura preposta, Sig./ra \_\_\_\_\_.

Eventuali miei servizi e prestazioni richiestemi per il buon esito dell'esperienza saranno svolti in spirito di condivisione, mutualità vicendevole, solidarietà e gratuità.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

FIRMA

\_\_\_\_\_