

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che il Sig./ La Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____ Provincia di _____

Residente a _____ in Via _____

non è affetto da malattie che controindichino la sua presenza in collettività ed è autosufficiente.

Data _____

Il Medico di Base

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che il Sig./ La Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____ Provincia di _____

Residente a _____ in Via _____

non è affetto da malattie che controindichino la sua presenza in collettività ed è autosufficiente.

Data _____

Il Medico di Base