

Dott _____

Via _____

Citta' _____

Cod Reg _____

Certifico che il Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ prov _____

via _____

sulla base delle risultanze clinico-anamnestiche in mio possesso:

gode di buona salute e non presenta precedenti morbosità di rilievo clinico
ovvero

E' affetto/ E' stato affetto dalle seguenti patologie di rilievo:

- _____
- _____
- _____
- _____

Luogo e data

Firma e timbro