

Regione _____

A.S.P. _____

**CERTIFICATO
DI STATO DI BUONA SALUTE**

Si certifica con la presente che il/la Sig./Sig.ra

COGNOME _____

NOME _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia di _____

in Via _____ n° _____

Iscrizione S.S.N. _____

Sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute fisica e psichica.

Li, _____

IL MEDICO
(Timbro e firma)