

Regione _____
U.S.L. _____

li, _____

**Certificato
di stato di buona salute**

Cognome _____

Nome _____

nato

a _____ il _____

residente

a _____ prov. _____

n. _____ iscrizione

SSN _____

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

IL MEDICO
(timbro e firma)