

\_\_\_\_\_ , li' \_\_\_\_\_

## CERTIFICATO

**Il/La Sig/Sig.ra** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

in conseguenza del riferito infortunio verificatosi il  nel quale aveva riportato:

risulta clinicamente guarito.

Poiche' presenta i seguenti postumi invalidanti:

si richiede valutazione medico-legale.

**Dr.**