

_____, li' _____

CERTIFICATO

Il/La Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

con codice fiscale _____

in base ai dati clinicoanamnestici, e' ritenuto/a persona di sana costituzione psicofisica. Il presente certificato viene rilasciato su richiesta del/della paziente per accertamento di idoneita' lavorativa.

Dr. _____