

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

## CERTIFICATO

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

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

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

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

presenta

Per questo non e' ritenuto/a idoneo/a a mansioni lavorative.

Il presente certificato viene rilasciato su richiesta del/della paziente per accertamento di non idoneita' / cessazione di attivita' lavorativa

**Dr.** \_\_\_\_\_