

_____, li' _____

CERTIFICATO

Il/La Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

con codice fiscale _____

non presenta segni o sintomi clinici di malattie infettivo-contagiose e/o diffuse che impediscano la vita in comunita'.
Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per invio in colonia.

Dr. _____