

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

### CERTIFICATO

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

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

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

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

presenta:

Per questo non è in grado di partecipare all'attività della palestra per   s.c..

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