

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

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

non è causa di contagio in conseguenza della patologia di cui è stato/a affetto/a e dalla quale è clinicamente guarito/a.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)