

Data \_\_\_\_\_

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

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

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

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

riconosciuto/a attraverso il documento tipo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è esente da malattie infettive e/o contagiose in atto ed è affetto/a da:

---

che non gli/le impedisce di provvedere a se stesso/a.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per uso ricovero.

In fede

---

(Timbro e Firma)