

Data _____

Certifico di aver sottoposto a visita medica in data odierna il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

documento di riconoscimento _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____

Sulla base della visita e dei documenti esaminati, il/la paziente risulta affetto/a da:

Pertanto lo/la stesso/a è esentato/a dall'obbligo di indossare la cintura di sicurezza, ai sensi dell'art. 172 del D.Lgs n. 85/1992.

Questo certificato ha validità di mesi _____ dalla data del rilascio.

In fede

(Timbro e Firma)