

Data _____

ASL _____

Servizio _____

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

ricosciuto/a attraverso il documento tipo _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____

presenta condizioni generali buone.

È idoneo/a ad essere assunto/a presso:

È indenne da malattie infettive e diffuse in atto, rilevabili all'indagine anamnestico-clinica.

Possiede acutezza visiva compatibile.

Percepisce la voce di conversazione con fonemi combinati.

Si rilascia per uso _____

In fede

(Firma del Responsabile del Servizio)