

Data _____

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

è affetto/a da _____

in conseguenza dell'infortunio verificatosi il _____

che gli/le aveva procurato _____

presenta tuttora i seguenti disturbi e/o postumi invalidanti: _____

Tali postumi vanno valutati in opportuna sede medico-legale.

In fede

(Timbro e Firma)