

Data \_\_\_\_\_

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

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

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

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

ricosciuto/a attraverso documento tipo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

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

è affetto/a dalle seguenti infermità (o lesioni):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si rilascia a richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

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