

Data \_\_\_\_\_

Certifico che il/la Sig./Sig.ra

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

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

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

sulla base dell'anamnesi e della visita da me effettuata, non presenta segni di malattia in atto o pregressa tali da

controindicare l'attività di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In fede

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