

CERTIFICO CHE

Nome ..... Cognome.....

Nato a .....

il .....

residente a .....

in .....

sulla base delle risultanze clinico-anamnestiche in mio possesso:

X: gode di buona salute e non presenta precedenti morbosì di rilievo clinico;

ovvero

X: è affetto/è stato affetto dalla/e seguente/i patologia/e di rilievo:

.....

.....

.....

(Cassare la condizione esclusa)

Luogo e data

Firma e timbro