

*Certificazione del medico curante ai fini dell'autorizzazione a poter partecipare alla gita per gli anziani organizzata dal COMUNE DI VILLA LITERNO*

---

*Medicina Generale*

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SI CERTIFICA CHE

il Sig \_\_\_\_\_

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

residente in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla partecipazione della gita organizzata dal Comune di Villa Literno, quindi è **IDONEO FISICAMENTE**

*Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.*

*Dott.*

\_\_\_\_\_