

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE AI FINI DELL'AUTORIZZAZIONE A POTER PARTECIPARE ALLA GITA PER GLI ANZIANI ORGANIZZATA DAL COMUNE DI VILLA LITERNO**

---

VILLA LITERNO , LI \_ \_ / \_ / \_\_\_\_

**SI CERTIFICA CHE**

**Il Sig.**.....

**nato a** ..... **il** ...../...../.....

**ivi residente in via** ..... **n.** .....

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. \_\_\_\_\_