

Villa Literno, li ____/____/____

SI CERTIFICA CHE

Il Sig./La Sig.ra _____ nato/a a _____
il ____/____/____ ivi residente in via _____ n. _____

Sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto per partecipare al programma di attività motoria per anziani over 65, organizzato dal comune di Villa Literno, quindi è idoneo fisicamente.

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

Dottore
