

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

\_\_\_\_\_