

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE AI FINI DELL'AUTORIZZAZIONE A POTER
PARTECIPARE AL SOGGIORNO CLIMATICO ANZIANI ORGANIZZATA DAL COMUNE DI VILLA
LITERNO DAL 20.09.2026 AL 25.09.2026**

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 alla partecipazione
del soggiorno climatico anno 2026 organizzato dal comune di Villa Literno, quindi è idoneo fisicamente
Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

Dott. _____