

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che il/la sig./ra _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ Prov. (_____) Via _____

n. _____, ha le seguenti patologie:

e pertanto:

è affetto da grave infermità di carattere psichico o fisico

non è affetto da grave infermità di carattere psichico o fisico

Carloforte, lì _____

Il medico curante
