
(timbro medico)

Si certifica che

Il/la sig./ra _____ nato/a
a _____ il _____ residente
a _____ in via _____

sulla base della visita effettuata in data odierna e dei dati
anamnestici raccolti, non presenta sintomi e/o segni riferibili ad
alcuna patologia in atto e risulta quindi idoneo/a allo svolgi-
mento di attività di volontariato di Protezione Civile.

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

In fede.

data _____

(firma e timbro medico)