

CERTIFICATO MEDICO

Certifico che il Sig. _____

Nato il _____ a _____

Residente in via _____

Località _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

In base alla visita da me effettuata in data odierna, il soggetto risulta in buona salute e non vi sono controindicazioni alla pratica dell'attività di PROTEZIONE CIVILE per un impegno fisico (precisare se leggero o pesante)

Note: _____

_____ il _____

Timbro e firma del Medico

N.B.: il presente certificato ha validità un anno dalla data del rilascio, ed è a titolo GRATUITO come da normativa di Legge vigente in materia di Protezione Civile.