

Il sottoscritto MMG Dott. _____

CERTIFICA

Che il/la sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

E residente in Misterbianco in via _____

È esente da patologie contagiose e/o diffuse ed è in condizioni psico-fisiche idonee alla frequenza del Centro Incontro Anziani di Misterbianco.

Data _____

Firma _____

Il presente certificato ha validità 1 anno