

\_\_\_\_\_  
(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 nell'ambito (\*):

- socio-sanitario;
- protezione civile.

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

In fede.

data \_\_\_\_\_

(\* ) barrare la voce che interessa.