

li \_\_\_\_\_

## CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata e dei dati anamnestici raccolti, risulta in stato di buona salute e non presenta attualmente segni clinici di alterazioni psicofisiche in atto o pregresse tali da controindicare la **pratica di attività e di volontariato presso la Misericordia di Scarperia.**

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio



Firma \_\_\_\_\_