



CASA DI RIPOSO SANFRONT
FONDAZIONE

DICHIARAZIONE MEDICO

Sanfront, _____

Si certifica che il/la Sig.

Nata ail

Non presenta in atto segni di malattia infettiva, diffusiva o contagiosa e pertanto non esistono controindicazione al suo inserimento in comunità.

Distinti saluti.

Il medico
(timbro e firma)



INDIRIZZO: C.so G.Marconi, 30
-12030-Sanfront (CN)



TEL: 0175.948553
FAX: 0175.948949



EMAIL: segreteria@casaripososanfront.it
EMAIL: infermeria@casaripososanfront.it
PEC: ospedalesanfront@pec.it



P.IVA: 02131920049
COD.FISC.: 85002250042
www.casaripososanfront.it