

---

DICHIARAZIONE MEDICO

Sanfront, \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la Sig. ....

Nata a .....il .....

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)