

FAC-SIMILE

Carta intestata

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI.....
DISTRETTO DI.....

Certificato di idoneità

(L. 837/57; DPR 10/1/57; DRP 20/12/79)

Si certifica che il/la signor/signora

Nato/a a:..... (.....)

Il:.....

Residente a:.....

Documento di riconoscimento CARTA DI IDENTITÀ N.....

Rilasciata dal Comune di.....

In data.....

è fisicamente idoneo/a a svolgere le attività di Servizio Civile Nazionale previste dal progetto "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX" a titolarità dell'ente "XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX".

Note:.....

.....

.....

Lì.....

Timbro dell'ASL e firma del Medico

N.B. il presente certificato medico non assolve dagli eventuali obblighi previsti dal DPR 303/56 e dalla L. 626/94