



**AL PRESIDENTE DELLA
P.A. CROCE D'ORO PONTE A EMA O.D.V.**

CERTIFICO

che in base alla visita da me effettuata in data odierna / /

il/la Sig./sig.ra _____

nato/a il / / a _____ Provincia _____

Residente nel Comune di _____ Località _____

Via/Viale/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____ Provincia _____

gode di buona salute, non presenta malattie in atto o pregresse, tali da presentare condizioni di non idoneità psicofisica che possano controindicare l'attività di Volontario Soccorritore che presta servizio presso questa Associazione.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE