

CERTIFICATO MEDICO SULLO STATO DI SALUTE

SI CERTIFICA

Che il Sig. _____ nato il _____

- Non presenta patologie
- Non assume terapie
- È affetto dalle seguenti patologie ed assume le seguenti terapie

MALATTIE

TERAPIE

Ricoveri ospedalieri negli ultimi 5 anni

Anno _____ Reparto di _____ Diagnosi _____

Anno _____ Reparto di _____ Diagnosi _____

Anno _____ Reparto di _____ Diagnosi _____

Timbro e firma del medico curante