Dott. _____
Via _____, n° _____
CAP_____, Città _____
Tel. _____

_____, li ____/____/_____

SI CERTIFICA CHE

il Sig. _____

nato a _____(___) **il** _____/_____/_____

residente in via _____

città _____(____)

in base alla visita da me effettuata risulta di sana e robusta costituzione fisica e non presenta, al momento attuale, né riferisce all'anamnesi, segni di alterazioni psico-fisiche tali da controindicare attività di volontariato di protezione civile.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

Dott. _____