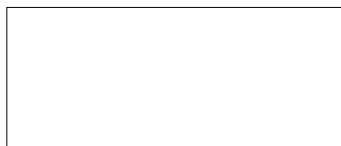


CERTIFICATO di MALATTIA



..... li,

SI CERTIFICA CHE

Il Sig./la Sig.ra

Nato/a a

il

Residente a

Sulla base della visita effettuata in data odierna

risulta affetto da malattia (.....)

e necessita di cure e riposo per almeno (**prognosi clinica s.c.**):

Dichiara di essere malato dal

In fede