

Certificato Medico Non Agonistico - Scheda Indicazioni

PRO-FORMA: documento predisposto per compilazione manuale o digitale.

Dati Utente

Nome e Cognome: _____

Data di nascita: _____ Codice fiscale: _____

Checklist Documentale

[] Certificato in corso di validità allegato

[] Data rilascio certificato: _____

[] Data scadenza certificato: _____

[] Firma medico e timbro verificati

Data compilazione: _____ Firma: _____