

**CERTIFICATO DI BUONA SALUTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Res. Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
Città\Paese \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata risulta essere autosufficiente e risulta in buona salute psico-fisica per la partecipazione al Programma "Spoleto -Assisi -Cascia " per gli anziani organizzato per il Comune di Ottaviano nei giorni 23-24-25 gennaio 2026 organizzato dal Comune di Ottaviano.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il Medico

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro del medico compilante)