

ALL. B

## 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)