

(carta intestata del medico)

Si certifica che il signor / la signora

nato/a a (prov.) il

residente ain via

Documento di riconoscimento: N.

rilasciato da in data.....

è idoneo/a a svolgere le attività di **Servizio Civile Regionale** previste nel progetto dal titolo:

.....

dell'ente

Note:.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e cod. regionale del Medico

Firma del Medico_____