

CERTIFICATO MEDICO

Il/La sottoscritto/a _____ con studio medico sito in
_____ Via _____, n. _____

IN QUALITÀ DI MEDICO CURANTE

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____, n. _____

CERTIFICA

Che lo stesso:

- È idoneo a sostenere il viaggio in autobus di andata e ritorno;
- Le patologie di cui è affetto sono compatibili con le colonie marine pendolari;
- Che è autosufficiente e non necessita di particolari cure o terapie mediche che richiedano la presenza di personale specializzato;
- Che è in grado di muoversi senza necessità di essere seguito in modo continuativo e controllato.

_____, _____

FIRMA E TIMBRO