

*Timbro con generalità
del medico di MG*

Luogo del rilascio, lì

Si certifica che il/la Signor/Signora:.....,

nato/a a: (.....)

Il:..... residente a :.....

.....

sulla base della visita medica da me effettuata è fisicamente idoneo/a
a svolgere le attività del Servizio Civile Nazionale Volontario, previste
dal progetto:

“ ”

Timbro e firma del Medico

Codice regionale: