

Intestazione del medico

CERTIFICATO MEDICO AD USO
INVALIDITA' CIVILE
PRIMO ACCERTAMENTO

Si certifica che il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____
via _____ n. _____
è affetto/a da: _____

Timbro e Firma del medico

_____ data _____

➤ Compilare il certificato con scrittura leggibile.