

RICOVERO ANZIANI

....., .../.../.....

Certifico che il/la signor/a

cognome nome

nato/a a il

residente a in via

riconosciuto/a attraverso il documento

rilasciato da il

è esente da malattie infettive e contagiose in atto ed è affetto/a dall'infermità

.....

che non gli/le impedisce peraltro di provvedere a se stesso/a

Si rilascia a richiesta dell'interessato/a per uso ricovero.

In fede

.....