

# 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

.....