



Venerabile Confraternita di Misericordia Montelupo Fiorentino

Attestazione Medica

Si certifica che il/la sig./a _____

nato/a a: _____ il ____/____/____

presenta l' idoneità psicofisica per poter svolgere servizio come
soccorritore volontario a bordo delle ambulanze.

Data ____/____/____

Timbro e Firma
Medico Curante

*Si rilascia il seguente certificato per gli usi consentiti dalla legge (L.R. 25/2001)
Il presente certificato è rilasciato a titolo gratuito*