

INSERIRE COGNOME E NOME DEL MEDICO, MEDICO CHIRURGO

INSERIRE INDIRIZZO DELLO STUDIO

INSERIRE CITTÀ, PROVINCIA E CAP

TEL. 000 0000000 - FAX 000 0000000

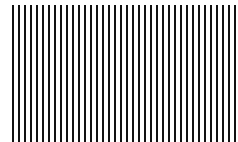
Certificato di visita medica:

Si certifica che _____ è stato/a preso/a in cura in
data _____ e potrà riprendere l'attività lavorativa il
_____.

Note del medico:

Indicazioni / prescrizione: _____

DOTT./DOTT.SSA _____



Codice documento