CERTIFICATO MEDICO

Certifico che il/la signor _____ di anni _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ e residente
nel Comune di Castel San Giorgio alla Via _____ n° _____

È stato/a da me visitato/a in data odierna con il seguente risultato:

1. Malattie in atto _____

2. Cure mediche in atto (nome del/dei medicinale/i e somministrazione)

3. Eventi morbosi recenti _____

4. Giudizio sullo stato di salute _____

5. Giudizio di autosufficienza fisica e psichica

6. Eventuale dieta consigliata

Data ____/____/____

firma e timbro del Medico