

DOTT. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Custonaci,* \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente in Custonaci nella Via \_\_\_\_\_ può usufruire dei servizi del

Centro Sociale di Via Tribli e partecipare alle attività socio-culturali e ricreative organizzate dallo stesso in

quanto risulta in stato di buona salute e non è affetto da turbe mentali.

Si rilascia per gli usi consentiti

In fede

Il Medico

\_\_\_\_\_