

(carta intestata del medico)

Si certifica che il signor / la signora .....

nato/a a ..... (prov. ....) il .....

residente a .....in via .....

Documento di riconoscimento: ..... N. ....

rilasciato da ..... in data.....

è idoneo/a a svolgere le attività di **Servizio Civile Regionale** previste nel progetto dal titolo:

.....

dell'ente .....

Note:.....

.....

.....

Luogo e data .....

Timbro e cod. regionale del Medico

Firma del Medico \_\_\_\_\_