_____
(timbro medico)

Si certifica che

Il/la sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in via/piazza _____ sulla base della visita effettuata in data odierna e dei dati anamnestici raccolti, non presenta sintomi e/o segni riferibili ad alcuna patologia in atto e risulta quindi **idoneo/a allo svolgimento di attività di volontariato di Protezione Civile.**

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, salvo la comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire meno la suddetta idoneità.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

In fede.

data _____ _____
(firma e timbro medico)