



Al Presidente della Croce Viola  
Pubblica Assistenza di Sesto Fiorentino

Con la presente si certifica che, in base alla visita effettuata in data odierna,

\_\_\_\_\_ ,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ ,

gode di buona salute e non presenta malattie in atto o pregresse.

Dichiaro quindi che è in condizione psico-fisica idonea per svolgere l'attività di **VOLONTARIATO** nei seguenti settori d'intervento: sanitario, sociale, protezione civile (depenare l'eventuale voce ove è ritenuto/a non idoneo/a ).

Sesto Fiorentino,

Firma e timbro del Medico Curante