Li _____

Data _____

Si certifica che il/la sig/sig.ra _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ in via _____ n° _____,

si è presentato/a in data odierna in qualità di _____, per visita medica specialistica, presso il mio ambulatorio sito in _____ via _____ n° _____

dalle h: _____ alle h: _____

Si rilascia tale certificato per gli usi consentiti dalla legge.

Il medico

_____