

CERTIFICATO DI IDONEITA' FISICA AL LAVORO

ASL _____

SERVIZIO _____

_____ li, _____

Si certifica che il Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Documento di identità: _____ n. _____

Rilasciato da : _____

E' in buone condizioni generali ed è idoneo ad essere assunto presso : _____

E' indenne da malattie infettive o diffuse rilevabili in base all'anamnesi e all'esame obiettivo

Possiede acuità visiva compatibile e percepisce la voce di conversazione con fonemi combinati.

Si rilascia per uso : _____

il responsabile del servizio
