

CERTIFICAZIONE

DI

IDONEITA' PSICO – FISICA

Si certifica che il
Sig. _____
Nato in _____ Prov. di (_____) il
_____, residente
in Acerra alla Via _____, in
data _____
è stato visitato dal dr. _____,
risulta in buona salute e condizione psico-fisica.

Per quanto sopra attestato, attualmente risulta idoneo allo svolgimento
dell'attività di “**VIGILANZA SCOLASTICA**” realizzata dal Comune di
Acerra.

Acerra _____.

Il Medico
