Il dott. _____

C E R T I F I C A

C h e i l S i g n o r / a _____

Nato /a _____il_____,

r e s i d e n t e i n A C E R R A a l l a Via_____n.___

è nelle condizioni psico-fisiche idonee per prendere parte al soggiorno climatico 2019 , istituito dal Comune di Acerra e che si terrà nella località " Villaggio " LE PALME " di Marina di Ascea (SA), per gg. 10 (dieci) con decorrenza dal 15.09.2019

Inoltre certifica che lo stesso/a , al momento , non è affetto da patologie infettive ed è idoneo a partecipare al soggiorno in modo autonomo.

ACERRA_____

Il Medico Curante

_____