



DICHIARAZIONE PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO MEDICO

Il sottoscritto Pellegrini Francesco, in qualità di Legale Rappresentante e Presidente pro-tempore, chiede il rilascio del certificato medico di idoneità per il/la Sig./Sig.ra _____

La quale parteciperà alle attività di soccorso sanitario, protezione civile, trasporto infermi, malati e portatori di handicap della Pubblica Assistenza CROCE GIALLA CHIARAVALLE ODV in qualità di Volontario.

Per tale prestazione sanitaria non è dovuta alcuna quota di partecipazione alla spesa, ai sensi della DGRM 22 luglio 2003 n.1017, applicandosi l'esenzione "Cod. I – Suncod 01" prevista al p.5 della DGRM 5 dicembre 2005 n.1552.

Chiaravalle, _____

IL PRESIDENTE
Francesco Pellegrini

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ prov _____

il _____ e residente in _____ prov _____ in via _____ n° _____

in base al riscontro della visita medica effettuata ed alla documentazione sanitaria in mio possesso risulta:

- Di sana e robusta costituzione
- Idoneo/o psico-fisico
 - o Non presenta alcuna controindicazione all'attività di volontariato dell'Associazione Croce Gialla Chiaravalle (AN)
 - o Può praticare attività di volontariato nell'Associazione con le seguenti prescrizioni limitazioni:

Data, _____

Timbro e firma del medico curante