

**Certificato medico (SS3) - 2/2**● NOME* ● COGNOME* ● CODICE FISCALE*

● Obiettività *

● Terapia *

● Diagnosi *

Luogo * _____ data * _____

● MEDICO CERTIFICATORE

● NOME* ● COGNOME* ● CODICE FISCALE ● ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI N° *