



“O.A.S.I.”
OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA
O.N.L.U.S.



Certificato N° ER 2107/2004
 Azienda certificata ISO 9001

Certificato N° SST-0244/2010
 Azienda certificata ISO 45001:2018

CERTIFICATO MEDICO
 DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

Mod. 7201/09 Rev. 1 del 15/12/2022

Relativo al sig./sig.ra

Io sottoscritto Dott. _____ medico
 curante del/della sig./sig.ra sopra indicato/a, in relazione al suo stato di salute certifico quanto segue:

il mio assistito non è affetto da patologie infettive e contagiose in atto e può vivere in comunità

ANAMNESI REMOTA	
PATOLOGIE IN ATTO	<p>ALLERGIE: _____</p> <p>_____</p>
TERAPIA ATTUALE	

Data _____

TIMBRO E FIRMA