



“O.A.S.I.”

OPERA ASSISTENZA SS. IMMACOLATA - O.N.L.U.S.



Certificazione del sistema di gestione della qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008 (CERTIFICATO N. ER 2107/2004) e della salute e sicurezza sul lavoro secondo la norma OHSAS 18001:2007 (CERTIFICATO N. SST 0244/2010)

CERTIFICATO MEDICO

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE

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	ALLERGIE: _____ _____
TERAPIA ATTUALE	

Data _____

TIMBRO E FIRMA