

Dr. _____

MEDICO CHIRURGO

Via _____ n. _____

Cap _____ loc. _____

_____ li _____

**CERTIFICATO MEDICO PER RILASCIO BREVETTO
ASSISTENTE BAGNANTI (P – IP – MIP)**

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Sulla base della visita medica da me effettuata e dai dati anamnestici da me raccolti risulta in stato di buona salute con **adeguata funzionalità dei quattro arti, possiede un visus di almeno 8/10 per occhio (anche se con correzione di lenti) e non ha evidenti deficit uditivi.** Pertanto NON presenta controindicazioni in atto per l'attività di Assistente Bagnanti M.I.P.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

Timbro e firma del medico
