

CERTIFICATO MEDICO
DI IDONEITÀ PSICOFISICA ALLA CONDUZIONE DI CALDAIE
GENERATRICI DI VAPORE (*)

Certifico che il/la Sig/ra

.....

nato il a e residente a

.....

in via n°

non risulta affetto da malattie acute o croniche nè presenta sintomi attribuibili all'abuso di sostanze psicoattive. È ben orientato nel tempo e nello spazio. Si ritiene PSICO-FISICAMENTE IDONEO ALLA CONDUZIONE DI CALDAIE GENERATRICI DI VAPORE.

.....li.....

in fede

*) deve essere redatto in data non anteriore a 3 mesi dalla data dell'esame.