

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che

_____ nato a _____ il _____
Cognome e nome

è in condizioni psicofisiche tali da poter svolgere **attività di volontario** presso la Pubblica Assistenza Croce Blu di Soliera,
in qualità di Volontario attivo con qualifica di:

☐ **addetto a compiti associativi**

☐ **addetto a servizi sanitari**

☐ **addetto a compiti sociali**

☐ **addetto a servizi di Emergenza/Urgenza**

*(servizi che prevedono l'utilizzo di mezzi **non** sanitari)*

(servizi che prevedono l'utilizzo di mezzi sanitari)

Eventuali note e/o limitazioni: _____

data _____

(firma e timbro)

Il presente certificato ha validità sino al 31 dicembre dell'anno di rilascio.