

# **RIAMMISSIONE AL LAVORO**

(nei casi previsti dalla Legge)

Si certifica che il Signor

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_

Del Comune di \_\_\_\_\_ prov.di \_\_\_\_\_

Può riprendere il lavoro, essendo esente da patologie infettive o diffusive in atto.

In fede

**FIRMA**

(timbro e firma del medico)