

ALLA DIREZIONE  
ANTICA SCUOLA DEI BATTUTI  
Via Spalti 1  
30174 Mestre - Venezia

Si certifica che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_

è affetto da: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

terapia in atto:(dosaggio e quantità) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergie riferite:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trattasi di paziente esente da malattie infettive contagiose e psichiche gravi.  
Può vivere in comunità.

Si rilascia in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.

Il Medico curante  
(firma e timbro)

Mestre, lì \_\_\_\_\_