

# **AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE**

Io sottoscritto .....

padre/madre di .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a .....

via .....

Dichiaro

Che mio/a figlio/a risulta in stato di buona salute e non presenta forme morbose in atto clinicamente rilevabili.

In fede

Data .....