

CERTIFICATO

Si certifica che il sig.nato ila.....
residente aCAP.....
Via..... n.

è in stato di immunità nei confronti di morbillo, varicella, rosolia, parotite ed epatite B,
valutato attraverso specifiche indagini sierologiche ed ha eseguito negli ultimi dodici mesi
lo screening antitubercolare con esito negativo per la malattia tubercolare attiva.

Sulla base della visita medica effettuata ed in riferimento a quanto sopra:

**NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO PER LA FREQUENZA PRESSO LE
STRUTTURE DELL'AZIENDA ULSS 6 EUGANEA.**

Data e luogo

Firma