

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS6 EUGANEA</p>	CERTIFICATO MEDICO UOSD FORMAZIONE	MOD.FORM. 20.23.01	Rev.01 del 06/02/2023 Pag. 1 di 1
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------	---------------------------------------------

Si certifica che il/la sig./sig.ra nato/a il

a, residente a

in 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

Oppure

SI ATTESTA CHE _____

Luogo e data

Timbro e firma
