



## AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE PERSONALE INTERNO

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nome e cognome e ruolo

### **Consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci**

Dichiarano di aver consultato il Medico di Medicina Generale per il seguente sintomo/i riportato/i

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome del Medico di Medicina Generale e dichiara quanto segue \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_