

CERTIFICATO ANAMNESTICO

di cui all' ORDINANZA n° 37 del 22/4/2020 e n° 39 del 25/4/2020

e relativi allegati - Regione Campania

Certifico che il Sig./ra nato/a
il residente..... sulla
base dei dati da me in possesso, della raccolta anamnestica da me effettuata, non presenta attualmente
segni clinici di patologia acuta in atto.

In fede

.....
(timbro e firma)

Il sottoscritto Sig.DICHIARA di aver ottenuto la prestazione ed il
conseguente certificato a TITOLO GRATUITO.

.....
(firma paziente)