

**AUTOCERTIFICAZIONE PER IL CERTIFICATO  
MEDICO DI BUONA SALUTE**

Il sottoscritto, la sottoscritta:

---

nato (a) , a \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria responsabilità di godere di buona salute e di non essere afflitto di malattia, di non soffrire di disturbi cardiaci, ipertensione, diabete o altri disturbi cronici.

In fede:

Firma:

Data: