

**Certificato medico**

Certifico che

la Sig.ra / il Sig. ....

nata/o a .....il .....

residente a.....

nei seguenti periodi:

dal ..... al .....,

dal ..... al .....,

dal ..... al .....,

per motivi di salute non era in grado di studiare né di sostenere esami all'università.

Luogo .....

Data .....

Il medico certificatore:

Dott./D.ssa. ....

Iscritta/o all'Albo dei Medici Chirurghi di .....

Nr.Reg. ....

Timbro e firma:

.....