



Associazione Corpo Nazionale Guardiafuochi
A.N.V.A. Guardiafuochi
Direzione Regionale Lombardia

Distaccamento di Castellanza (VA)

AUTOCERTIFICAZIONE SIG. _____

CON LA PRESENTE, ALLEGO CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' DI VOLONTARIATO, RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE.

GRUPPO SANGUNIO: _____

ALLERGIE: _____

ALTRE PATOLOGIE: _____

DATA: ___/___/_____

FIRMA: _____