

**CERTIFICATO PER LA RIAMMISSIONE A LAVORO DEGLI ALIMENTARISTI**

Certifico che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, sulla base della visita medica da me effettuata non presenta segni o sintomi clinici di malattie infettive contagiose e/o diffuse.

Il presente certificato si rilascia su richiesta dell'interessato/a per riprendere l'attività lavorativa nel settore alimentare.

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

(timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_