



## CERTIFICAZIONE MEDICA PER INSERIMENTO IN COMUNITÀ

NOME E COGNOME del/la minore

---

LUOGO E DATA DI NASCITA

---

RESIDENZA

---

Il Dott. \_\_\_\_\_ pediatra/medico curante del/della minore \_\_\_\_\_ ha effettuato una valutazione del rischio nutrizionale e certifica che Il/la minore risulta in stato di buona salute, ed è idoneo/a all'inserimento presso la Comunità Educativa a dimensione familiare EIDOS.

Luogo/Data

---

Il Pediatra/Medico curante

Dott. \_\_\_\_\_

Firma

---