

**DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE  
DECLARATION OF HEALTH**

**VALIDA PER GLI USI CONSENTITI DALLA LEGGE  
TO WHOM IT MAY CONCERN**

Io Sottoscritto confermo che il Sig./Sig.ra ..... dal punto di vista sintomatologico gode di ottima salute e che non ha sofferto di alcuna rilevante malattia nel corso degli ultimi 12 mesi, oltre a quella/e già eventualmente comunicate agli Assicuratori.

I hereby confirm that the above Insured is on the symptomatic point of view sound health and has not suffered from any significant illness during the past year, other than as advised to Underwriters.

Luogo e data .....  
Place and date

Nome in stampatello ..... Dott. ....  
Print name

Firma .....  
Signature