

Io sottoscritto _____ autorizzo il Dr. _____ alla compilazione della presente scheda medica contenete dati personali.

Firma _____

CERTIFICAZIONE MEDICA
Soggiorno estivo per terza età
DICHIARA

COGNOME	NOME
_____	_____
nat a _____	il _____ residente a Tivoli
Via _____ n. _____	tel. _____ cell. _____
Recapito telefonico familiare per eventuali necessità.	Telefono _____
Obbligatorio	Cellulare _____

Stato di salute

Diagnosi:

--

Terapie praticate nell'ultimo anno:

Patologie invalidanti

Presenza di patologie invalidanti?	SI	NO	Grado di invalidità	_____	Accompagno?	SI	NO
------------------------------------	-----------	-----------	---------------------	-------	-------------	-----------	-----------

E' portatore di protesi? SI NO (articolari,supporti cardiaci, auricolari ecc.....) Se SI indicare il tipo protesi:_____	Eventuali esenzioni per patologia CODICE:
---	--

E' idoneo per:

☐ Soggiorno marino
☐ Soggiorno termale
☐ Soggiorno montano

Tivoli _____

Timbro e firma leggibile del medico

Informativa ai sensi dell'art. 11 del D.Lvo 196/03 e convertito con Legge n. 45 del 26.02.04 : i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.