

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.

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

Firma _____