

## CERTIFICATO MEDICO

### SOGGIORNO ESTIVO PER ANZIANI IN LOCALITA' MARINA

Da presentare rigorosamente in busta chiusa, con scritto all'esterno il nome e cognome del partecipante.

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_

Patologie di rilievo \_\_\_\_\_

Eventuale terapia farmacologica (tipo di farmaco e posologia) \_\_\_\_\_

Eventuali allergie \_\_\_\_\_

Non presenta controindicazioni in atto alla permanenza in località \_\_\_\_\_

Torgiano \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Medico Curante

#### Nota Bene:

1. Portare tessera sanitaria.