CERTIFICAZIONE MEDICA

**Soggiorno termale diurno estivo 2024**

**SI DICHIARA**

**COGNOME** **NOME**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| nat a  | il residente a Tivoli |
| Via n. | tel. cell. |
| Recapito telefonico familiare per eventuali necessità.**Obbligatorio** | Telefono  |
| Cellulare  |

# Stato di salute

 **Diagnosi:**

|  |
| --- |
|  |

**Farmaci assunti:**

**Terapie praticate nell’ultimo anno**:

|  |
| --- |
|  |

**Patologie invalidanti**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Presenza di patologie invalidanti? | **SI** | **NO** | Grado di invalidità |  | Accompagno? | **SI** | **NO** |

|  |  |
| --- | --- |
| È portatore di protesi?  **SI**  **NO**~~(articolari ,supporti cardiaci, auricolari etc.)~~ Se **SI** indicare il tipo protesi: (articolari ,supporti cardiaci, auricolari etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Eventuali esenzioni per patologia****CODICE**: |

 **È idoneo per** **il soggiorno termale**

Tivoli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e firma leggibile del medico

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.**

Tivoli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_