

SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNO MARINO – ANNO 2024

Visita medica eseguita in data _____

Cognome _____ Nome _____

C.F. _____

Medico Curante _____

Libretto sanitario _____

AUSL _____

Familiare da contattare in caso di necessità

Nominativo _____

(cognome e nome) (rapporto di parentela con il partecipante)

recapito telefonico _____

Nominativo _____

(cognome e nome) (rapporto di parentela con il partecipante)

recapito telefonico _____

Giudizio clinico sullo stato di salute

Trattamento terapeutico in atto

Eventuali allergie (specificare)

Altro

Eventuali controindicazioni per il soggiorno marino

Il sottoscritto, in base agli accertamenti clinici, DICHIARA che il paziente è esente da affezioni morbose che richiedono cure mediche speciali o una particolare assistenza e che può vivere in comunità.

IL MEDICO

(firma e timbro)