

**SCHEMA MEDICA - SOGGIORNO DI VACANZA “ BELLA ETA ’ ”**

**LOCALITA’ MARINA 16 GIUGNO – 30 giugno 2024**

**Scheda Medica di sintesi**

**[da riconsegnare al COMUNE]**

*Idoneità partecipazione al soggiorno*

COGNOME E NOME .....

luogo di nascita .....data di nascita .....

residenza .....

indirizzo .....

tel. ....

**PATOLOGIE DI RILIEVO** **SI**  **NO**

**TERAPIA FARMACOLOGICA** in atto **SI**  **NO**

**ALLERGIE** (alimentari, farmacologiche, ecc.) **SI**  **NO**

**NECESSITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO** **SI**  **NO**

Eventuali specificazioni .....  
.....

STANTE LE CONDIZIONI FISICHE E PSICHICHE ACCERTATE SI ATTESTA CHE IL PAZIENTE:

**NON PRESENTA**

**PRESENTA controindicazioni alla permanenza in località marina.**

Eventuali note .....  
.....

**SI CONSEGNA AL PAZIENTE FASCICOLO SANITARIO PERSONALE**

Deruta, .....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Tel Medico .....