

CERTIFICAZIONE MEDICA
Soggiorno termale diurno estivo 2025
SI 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:

Farmaci assunti:

Terapie praticate nell'ultimo anno:

Patologie invalidanti

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

<p>È portatore di protesi? SI NO Se SI indicare il tipo protesi: (articolari, supporti cardiaci, auricolari etc.)</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/>	<p>Eventuali esenzioni per patologia CODICE:</p>
---	---

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
