

**CERTIFICATO MEDICO**  
**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_

Giudizio sullo stato di salute dell'assistito \_\_\_\_\_

L'Assistito è autosufficiente ovvero è in grado di gestirsi autonomamente e quindi affrontare da solo una vacanza ?    **SI**                    **NO**

L'Assistito è autosufficiente ovvero è in grado di assumere autonomamente terapie e farmaci?

**SI**                    **NO**

Malattie in atto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gruppo sanguineo \_\_\_\_\_

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

Cure mediche in atto, nome dei medicinali e modalità e dosi di somministrazione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elettrocardiogramma (\*) \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Analisi cliniche (\*) \_\_\_\_\_ Esito \_\_\_\_\_

Dieta consigliata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altre notizie \_\_\_\_\_

\* da compilarsi a giudizio del Medico Curante

Timbro e Firma del Medico Curante

Castagneto Carducci li \_\_\_\_\_