

# CERTIFICATO MEDICO

Cognome ..... Nome .....

Codice Sanitario/Fiscale

Luogo di nascita.....data di nascita.....

Indirizzo .....CAP.....tel.....

Cond. generali:  buone  discrete  precarie

AUTOSUFFICIENTE

PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE

SI SEGNALANO ALLERGIE ALIMENTARI

---

Il Paziente si ritiene idoneo ad un soggiorno in località **MARINA**

Il Medico

Data \_\_\_\_\_