

SCHEDA SANITARIA PER I SOGGIORNI CLIMATICI ANZIANI

ANNO 2025

La/il sottoscritta/o		
Data e luogo di nascita		
Residente a	Via	n.
Codice Fiscale	Esenzione Ticket	
RECAPITO DI UN FAMIGLIARE		
Nome e cognome		
Indirizzo e telefono		

DICHIARA

Patologie pregresse:	
Patologie in atto:	
Eventuali terapie in atto:	
Pressione arteriosa:	
Deambulazione:	☐ regolare ☐ con ausilio ☐ con difficoltà che necessitano dell'aiuto di altre persone
Su indicazione medica segnala di dover seguire la seguente dieta _____	

Il dichiarante

Su richiesta dell'interessato si conferma quanto dichiarato e si attesta l'idoneità alla partecipazione al soggiorno secondo la seguente modalità:

- ☐ in autonomia
☐ con necessità di accompagnatore personale

Data _____

Timbro e firma del medico curante
