

## SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNO MARINO – ANNO 2023

Visita medica eseguita in data \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_

Libretto sanitario \_\_\_\_\_

AUSL \_\_\_\_\_

### Familiare da contattare in caso di necessità

Nominativo \_\_\_\_\_

(cognome e nome) (rapporto di parentela con il partecipante)

recapito telefonico \_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_

(cognome e nome) (rapporto di parentela con il partecipante)

recapito telefonico \_\_\_\_\_

### Giudizio clinico sullo stato di salute

---

---

---

---

---

### Trattamento terapeutico in atto

---

---

---

---

Eventuali allergie (specificare)

---

---

---

Altro

---

---

---

---

---

Eventuali controindicazioni per il soggiorno marino

---

---

---

---

---

Il sottoscritto, in base agli accertamenti clinici, DICHIARA che il paziente è esente da affezioni morbose che richiedono cure mediche speciali o una particolare assistenza e che può vivere in comunità.

IL MEDICO

\_\_\_\_\_  
(firma e timbro)