
Il/La Signor/a Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Risulta affetto/a dalle seguenti patologie per le quali si ritiene utile la partecipazione all'attività motorio –
riabilitativa:

Il/la paziente presenta le seguenti patologie che si ritiene necessario segnalare:

Il/la paziente ha le seguenti protesi:

Valutata la condizione sanitaria, si certifica che il/la cittadino/a sopra indicato/a è idoneo/a a frequentare l'attività
motoria
– riabilitativa.

Il Medico di Assistenza Primaria Dott./ssa :

(firma e timbro)

Data _____
