

OGGETTO: Richiesta Certificazione Medica

Ai Sigg. MEDICI di Base

Si pregano le SS.LL. di voler cortesemente collaborare per la buona riuscita dei Soggiorni Termali organizzati con l'Union 3, in favore degli Anziani del Comune di PORTO CESAREO nella località di _____ nel periodo dal _____ al _____, fornendo ai Vostri assistiti nella compilazione del presente modulo, ogni informazione alla pratica della cura termale prescritta.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

*Responsabile di settore
Dr. ssa Maria Antonietta Giaccari*

*Io sottoscritto/a Dr. _____ Medico
curante del__ Sig.re/a _____ di anni _____
certifico che l mio Assistito/a cui ho prescritto la cura termale di tipo
_____ è autosufficiente, esente da turbe psichiche o
comportamentali ed in condizioni sanitarie idonee ad affrontare il viaggio ed il Soggiorno
a _____, non sussistendo eventuali controindicazioni alla
terapia stessa.*

data _____

Timbro e firma
