

**CERTIFICAZIONE MEDICA**  
**Soggiorno termale diurno estivo 2026**  
**SI DICHIARA**

COGNOME	NOME
nat a _____	il _____ residente a Tivoli
Via _____ n. _____	tel. _____ cell. _____
Recapito telefonico familiare per eventuali necessità.	Telefono _____
<b>Obbligatorio</b>	Cellulare _____

Stato di salute

**Diagnosi:**

**Farmaci assunti:**

**Terapie praticate nell'ultimo anno:**

**Patologie invalidanti**

Presenza di patologie invalidanti?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Grado di invalidità		Accompagno?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
------------------------------------	-----------	-----------	---------------------	--	-------------	-----------	-----------

È portatore di protesi? <b>SI</b> <b>NO</b> Se <b>SI</b> indicare il tipo protesi: (articolari, supporti cardiaci, auricolari etc.) _____	<b>Eventuali esenzioni per patologia</b> <b>CODICE:</b>   
---	--

**È idoneo per il soggiorno termale**

Tivoli \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile del medico

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento n. 2016/679/UE: i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente al fine della partecipazione al soggiorno.**

Tivoli \_\_\_\_\_

Firma paziente

\_\_\_\_\_