

SCHEMA SANITARIA

A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**(da allegare alla domanda di ammissione ai soggiorni climatici per anziani organizzati
dall'Istituzione Centro Servizi per Anziani del Comune dell'Aquila)**

Cognome e Nome dell'utente _____

luogo e data di nascita _____

residenza _____

domicilio _____

tel. _____

eventuali interventi chirurgici subiti

eventuali patologie in corso

eventuali terapie in corso

gruppo sanguigno (ove conosciuto) _____

condizione di autosufficienza

- SI
- NO

Luogo e data _____

Firma e timbro _____