



PRESCRIZIONE ATTIVITA' MOTORIO – RIABILITATIVA DI GRUPPO

 1 Signor/a

Nome e Cognome _____

Nato/a in _____ 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)

Li _____

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.