

---

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 \_\_\_\_\_

---