

# stampato medico

Si attesta che il Sig/sigra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Lecce in

Via \_\_\_\_\_

è in condizioni di completa autosufficienza psico/motoria tale da poter partecipare ai soggiorni per anziani organizzati dal Comune di Lecce.

Si attesta che attualmente lo/a stesso/a è **AUTOSUFFICIENTE E NON HA BISOGNO DI ESSERE ACCOMPAGNATA/O.**

Si precisa, altresì, che le condizioni generali di salute sono:

---

Come terapia fa uso dei seguenti farmaci:

---

per quanto sopra esposto si esprime **PARERE**

**FAVOREVOLE**

**CONTRARIO**

alla partecipazione dell'utente ai soggiorni anziani ( si prega di barrare la voce che NON interessa)

IL MEDICO ATTESTANTE (firma e timbro)

---