

CERTIFICATO MEDICO PER L'AMMISSIONE AI SOGGIORNI CLIMATICI
far compilare dal medico curante e allegare alla domanda

Certifico di aver visitato il/la sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Comune _____

Anamnesi sintetica

Terapia aggiornata in atto

Eventuale dieta particolare consigliata

Certifico inoltre che l'interessato/a è esente da forme morbose incompatibili con la vita in comune ed è in condizioni psicofisiche idonee al soggiorno climatico in montagna, al mare, al lago e alle terme (cancellare l'eventuale destinazione controindicata).

Altresì certifico che: *(barrare una casella)*

è **PERSONA TOTALMENTE AUTONOMA** in grado di attendere a se stessa per le attività e le funzioni della vita quotidiana anche all'esterno della propria abitazione (cfr. Barthel index e scala IADL di Lawton e Brody). **E' PERSONA TOTALMENTE AUTONOMA** in grado di gestirsi in Hotel e Alberghi (uso ascensore, alcuni gradini, ecc.); E' PERSONA che **NON PRESENTA problemi di deambulazione e/o di orientamento e/o rischio di smarrimento** in luoghi di soggiorno o di villeggiatura.

è persona che **necessita di un accompagnatore** per lo svolgimento di una o più **attività e funzioni della vita quotidiana** (cfr. Barthel index e scala IADL di Lawton e Brody), e/o per la **deambulazione** e/o per l'**orientamento** in luoghi di soggiorno o di villeggiatura. *(In tal caso la persona potrà partecipare al Soggiorno climatico se accompagnata da un familiare o da un assistente privato/a).*

Data

Firma e timbro del Medico
