

## SCHEDA PERSONALE SANITARIA

PROGR. INTERNO N.

DOMANDA ACCETTATA CON RISERVA:

**SI**

**NO**

## SOGGIORNO TERMALE RICCIONE

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome			
Luogo e data di nascita			
Comune di residenza	BUCCINASCO		
Indirizzo			
Telefono e cellulare			
Telefono d'emergenza			
Eventuali intolleranze			
CURA TERMAL RICHIESTA CON IMPEGNATIVA MEDICO CURANTE			
Terapie farmacologiche in corso:	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Se <b>SI</b> , specificare nome del farmaco, tempi e modalità di somministrazione del farmaco stesso.			
Grado di autosufficienza	SCARSO	BUONO	OTTIMO

La presente scheda **deve** essere consegnata all'accompagnatore/trice del viaggio designato dal Comune di Buccinasco.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### PUNTI DI CARICO

**COMUNE (LATO VIA ROMA)**

**P.ZZA SAN BIAGIO (CHIESETTA)**