



CERTIFICATO MEDICO

COGNOME NOME: nato il:

DOMICILIO: INDIRIZZO:

Stato fisico generale (malattie, affezioni croniche, ecc.):

Disturbi fisici:

capacità visiva:

capacità uditiva:

disturbi cardiovascolari:

disturbi digestivi:

disturbi respiratori:

altri disturbi:

Stato psichico generale:

Disturbi psichici

orientamento nel tempo e nello spazio:

depressioni - psicosi:

etilismo:

Grado di autonomia e altre informazioni:

Necessità terapeutiche e dietologia:

Osservazioni:

Luogo e data:

Timbro e firma: