

## Servizio di soggiorni estivi per anziani 2014

**Modello n.3 (B)** - Attestazione del medico curante, per l'anziano

**NON completamente autosufficiente**

ed il relativo accompagnatore; *(in caso di compilazione del presente modello NON dovrà essere compilato il modello n.3A sul RETRO e viceversa).*

**Attenzione:** la preghiamo di compilare questo modulo in stampatello.

**In qualità di medico curante, certifico che:**

*(per l'utente **non** completamente autosufficiente)*

Il/laSig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Durante il soggiorno estivo ha bisogno di un accompagnatore per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(per l'accompagnatore)*

**Certifico inoltre che**

Il/laSig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

è in stato di buona salute ed esente da malattie infettive. Le sue condizioni psicofisiche gli/le permettono di vivere in comunità e prestare assistenza ad una persona non completamente autosufficiente.

**IL MEDICO CURANTE**

|                 |
|-----------------|
| Nome e cognome: |
| indirizzo:      |
| telefono:       |

Lucca, \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_