

SCHEMA MEDICA

COGNOME:..... NOME:.....

LUOGO DI NASCITA: PR (.....) DATA DI NASCITA:...../...../.....

RESIDENZA:..... COMUNE:..... PR (.....)

CODICE FISCALE:..... CELL:.....

EMAIL:.....

PATOLOGIE DI CUI SOFFRE:.....

.....

.....

ALLERGIE NOTE:.....

INTOLLERANZE:.....

FARMACI IN TERAPIA:.....

.....

NOTE:

- Portare con sé la Tessera Sanitaria Nazionale;
- Portare farmaci personali per un fabbisogno di 10 giorni;
- Se minorenne fare firmare scheda ai genitori

..... , li...../...../.....

FIRMA

.....

Trattamento dei dati secondo norma di legge vigente

Firma:.....