

**COMUNE DI SANTA MARIA A MONTE**  
**Provincia di Pisa**

**SCHEDA SANITARIA**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Giudizio clinico sullo stato di salute: \_\_\_\_\_

Autosufficienza: \_\_\_\_\_

Eventuali difficoltà nella deambulazione: \_\_\_\_\_

(indicare se usa un eventuale ausilio) \_\_\_\_\_

Eventuali problemi di orientamento e di autonomia: (specificare se dovuti a difficoltà visiva, uditiva, vuoti di memoria, problemi psichici o altro) \_\_\_\_\_

Malattie in atto: \_\_\_\_\_

Eventuali allergie medicamentose o alimentari: \_\_\_\_\_

Cure mediche in atto: \_\_\_\_\_

Altre notizie: \_\_\_\_\_

Eventuali controindicazioni per un soggiorno marino o montano: \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_

**Si prega di compilare il modello in ogni sua parte e in maniera LEGGIBILE perché costituisce un valido strumento per gli operatori per salvaguardare la salute della persona cui si riferisce.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza:

- 1) il medico curante a rilasciare i suddetti dati, relativi al suo stato di salute.
- 2) la raccolta dei suddetti dati da parte del Comune di Santa Maria a Monte per l'espletamento del procedimento amministrativo ai sensi degli artt. 13 e 26 del D. Lgs n. 196/2003.

\_\_\_\_\_  
(Firma del richiedente)