

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE A CURE TERMALI

Il sottoscritto _____ nato il _____
residente a _____
invalido per causa di guerra, servizio militare, servizio alle dipendenze dello Stato,
con categoria di pensione a vita _____
Codice Fiscale _____ tel. _____

CHIEDE

di poter usufruire nel periodo dal _____ al _____
(suscettibile di variazione) nello Stabilimento Termale di _____
della seguente prestazione: _____

_____, li _____

Firma

RISERVATO ALL' A.S.T. DI FERMO

Domanda pervenuta il

PARERE COMMISSIONE

- FAVOREVOLE (per n. giorni max. 15)**
 NON FAVOREVOLE

firma membri commissione

CERTIFICATO MEDICO

Cognome e Nome

nato ilprofessione

speciale occupazione cui è addetto.....

stato civile

1. Anamnesi (dati essenziali):

.....
.....

2. Esame obiettivo generale (condizioni fisiche, costituzione, pressione arteriosa ecc.)

.....
.....

Sintomatologia essenziale riferibile ai diversi organi e apparati:

.....
.....

3. Accertamenti clinici, di laboratorio e radiologici eseguiti e il loro esito (specie quelli attinenti alle cure richieste).....

.....
.....

4. Diagnosi circostanziata (natura ed entità).....

.....
.....

5. Cure indicate (tipo e numero delle relative prestazioni)

.....
.....

6. Il sottoscritto Dr.dichiara che l'interessato non presenta, ai fini dell'effettuazione delle cure richieste, controindicazione di sorta.

Data

IL MEDICO

.....

Indirizzo

.....

Azienda Sanitaria Territoriale Fermo

Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo – FM - Tel. 0734.625111

Pec: ast.fermo@emarche.it