



RESIDENZA
VILLA CALDOGNO

**M16-PO01 Richiesta certificazione medica
(da compilare a cura del Medico curante)**

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Esenzione _____

Allergie _____

Patologie _____

Terapia _____

Firma e Timbro

(Da restituire all'Assistente Sociale della Residenza prima del ricovero dell'ospite. Il documento può essere riconsegnato a mano oppure tramite e-mail all'indirizzo:

ass.sociale@casadiriposovillacaldogno.it).