



CITTA' DI GALATONE

Provincia di Lecce

Settore Servizi Sociali – Pubblica Istruzione – Cultura-
Sport e tempo libero

OGGETTO: Richiesta Certificazione medica

Ai Sigg. Medici di M.G.

Si pregano le SS.LL. di voler cortesemente collaborare per la buona riuscita dei Soggiorni Termali organizzati da questa Amministrazione per l'anno 2016 in favore degli anziani, nella località Abano Terme (PD) dal 18.09.2016 al 2.10.2016, fornendo ai Vostri assistiti, nella compilazione del presente modulo, ogni informazione alla pratica della cura termale prescritta.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

IL SINDACO
Livo Nisi

Io sottoscritto dr.....Medico
curante del __ Sig.re/a.....di
anni.....certifico che....l...mio/a Assistito/a cui ho prescritto la cura termale di
tipo.....è autosufficiente, esente da turbe
psichiche o comportamentali ed in condizioni sanitarie idonee ad affrontare il viaggio ed il
Soggiorno a Abano Terme (PD) non sussistendo eventuali controindicazioni alla terapia
stessa.

Galatone li.....

TIMBRO E FIRMA

Via Romolo Tel. 0833 861956

www.comune.galatone.le.it e-mail informagiovani.galatone@tin.it

Cod. Fisc. 82001290756 Part.IVA 02377220757