



CITTÀ DI GALATONE

Provincia di Lecce

5° Settore Servizi Socio Culturali e Demografici – Innovazione e Comunicazione

Ai Sigg. Medici di M.G. di Galatone

OGGETTO: Richiesta certificazione medica.

Per la buona riuscita del soggiorno termale per la terza età, organizzato da questa Amministrazione per l'anno 2024, in località Acquappesa (CS), dal 06.10.2024 al 20.10.2024, si chiede la preziosa collaborazione delle S.S. L.L. nella compilazione della certificazione in calce alla presente nota, riguardante informazioni relative alla pratica della cura termale prescritta nonché alle condizioni di salute del suo assistito o della sua assistita.

Si ringrazia per la consueta disponibilità e si porgono cordiali saluti.

IL SINDACO

Io sottoscritto Dr. _____ medico curante del/la sig./sig.ra
_____ di anni _____ certifico che il /la mio/a assistito/a,
a cui ho prescritto la seguente cura termale _____,
è autosufficiente, è esente da turbe psichiche o comportamentali e presenta condizioni sanitarie idonee ad affrontare il viaggio ed il soggiorno in località Acquappesa (CS).

Galatone lì _____

TIMBRO E FIRMA
