



## PRESCRIZIONE ATTIVITA' MOTORIO – RIABILITATIVA DI GRUPPO

\_l\_ Signor/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Risulta affetto/a dalle seguenti patologie per le quali si ritiene utile la partecipazione all'attività motorio – riabilitativa:

---

---

---

---

Il/la paziente presenta le seguenti patologie che si ritiene necessario segnalare:

---

---

---

---

Il/la paziente ha le seguenti protesi:

---

---

---

---

Valutata la condizione sanitaria, si certifica che il/la cittadino/a sopra indicato/a è idoneo/a a frequentare l'attività motoria – riabilitativa.

Il Medico di Assistenza Primaria Dott./ssa : \_\_\_\_\_  
( firma e timbro )

Li \_\_\_\_\_

### Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: Via Caduti del Lavoro,40 – 60131 Ancona  
C.F. e P.IVA 02175860424

#### Area Vasta n. 4

Sede Amministrativa: Via Zeppilli, 18 – 63900 Fermo - FM  
Tel. 0734.625111 - Fax 0734.6252019

e-mail: segreteria.asl11@asl11.marche.it - [www.asurzona11.marche.it](http://www.asurzona11.marche.it)