

Carta intestata

Medico Inviante o Struttura di afferenza dell'inviante

PROPOSTA DI PERCORSO DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

NUMERO DI TELEFONO _____

- ☐ AFA LOMBALGIA
- ☐ AFA ARTROSI E MALATTIE REUMATICHE
- ☐ AFA FIBROMIALGIA
- ☐ AFA OSTEOPOROSI
- ☐ AFA ICTUS
- ☐ A.F.A. LINFEDEMA IN ACQUA
- ☐ A.F.A. SCLEROSI MULTIPLA
 - ☐ GRUPPO A (ESERCIZI IN PIEDI)
 - ☐ GRUPPO B (ESERCIZI SEDUTI)
- ☐ AFA PARKINSON
 - ☐ GRUPPO A (ESERCIZI IN PIEDI)
 - ☐ GRUPPO B (ESERCIZI SEDUTI)

DATA:

Il medico inviante (firma e timbro)

Dott. _____