



AREA TERRITORIALE



U.O.C. Direzione Amministrativa Area Territoriale

Direttore dr. Ermes Brandimarti
Via Zeppilli, 18 - Fermo
Tel: 0734 625. 2958 Fax: 0734 625. 3404
email: e.brandimarti@asl11.marche.it

Prot. _____ / _____

_____, _____

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE A CURE TERMALI

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ residente a _____

Codice Fiscale _____ tel. _____

in qualità di _____

CHIEDE

di poter usufruire nel periodo dal _____ al _____
(susceptibile di variazione)

nello Stabilimento Termale di _____

della seguente prestazione: _____

_____, lì _____

Firma

RISERVATO ALL'ASUR – AREA VASTA 4

Domanda pervenuta il

PARERE COMMISSIONE

FAVOREVOLE (per n. giorni max. 15).

firma membri commissione

NON FAVOREVOLE

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

Comuni: Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegranaro, Montegiorgio, Monteleone di Fermo, Monterinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Santa Vittoria in Materano, Sant'Elpidio a Mare, Servigliano, Smerillo, Torre San Patrizio.

CERTIFICATO MEDICO

Cognome e Nome nato il
professione speciale occupazione cui è
addetto..... stato civile

1. Anamnesi (dati essenziali):

.....
.....

2. Esame obiettivo generale (condizioni fisiche, costituzione, pressione arteriosa ecc.)

.....
.....

Sintomatologia essenziale riferibile ai diversi organi e apparati:

.....
.....

3. Accertamenti clinici, di laboratorio e radiologici eseguiti e il loro esito (specie
quelli attinenti alle cure richieste).....

.....
.....

4. Diagnosi circostanziata (natura ed entità).....

.....
.....

5. Cure indicate (tipo e numero delle relative prestazioni)

.....
.....

6. Il sottoscritto Dr.dichiara che l'interessato
non presenta, ai fini dell'effettuazione delle cure richieste, controindicazione di sorta.

Data

IL MEDICO

Indirizzo

.....

N.B. Compilare accuratamente lo stampato.