

ATTESTAZIONE DI IMPOSSIBILITÀ A PARTECIPARE AL SOGGIORNO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Medico curante del/della Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
al n. _____
in qualità di medico curante del/della paziente sopra indicato/a,

DICHIARA

- di aver valutato, secondo responsabilità professionale, le condizioni cliniche attuali del/della paziente;
- di aver preso atto che il/la paziente risulta iscritto/a al soggiorno/viaggio organizzato da **Montanari Tour**, previsto dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____, con destinazione _____;
- di ritenere che a seguito di sopravvenute ragioni di salute non prevedibili al momento dell'iscrizione, il/la paziente non risulti nelle condizioni di poter partecipare al suddetto soggiorno/viaggio;
- di rilasciare la presente attestazione su richiesta dell'interessato/a.

La presente attestazione non riporta diagnosi, dettagli clinici o ulteriori dati sanitari non necessari alla finalità sopra indicata.

Luogo e data _____

Timbro e firma del Medico