

Viaggio a : _____ con **TRENO / AEREO** data viaggio: _____

Il Medico Curante dott.: _____ città: _____ **CERTIFICO** che il paziente:

Cognome: _____ Nome: _____ nato il _____

è affetto da: _____

PROGNOSI: _____

VI E' PERICOLO DI VITA: ____ **CAMMINA DA SOLO:** ____ **PUO' VIAGGIARE SEDUTO:** ____

E' A VITTO SPECIALE: ____ **QUALE:** _____

QUALI CURE NECESSITANO DURANTE IL VIAGGIO? _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO:

ESONERO DI RESPONSABILITA' *(da compilarsi da un parente)*

Il sottoscritto : _____ nato a _____ Il: _____

Grado di parentela: _____ **Documento:** _____ **numero:** _____

ESONERA

l'O.A.S.I. MARIANA da qualsiasi responsabilità, di qualsiasi natura, che potesse scaturire dallo stato di salute del suddetto soggetto diversamente abile, impegnandomi a rimborsare tutte le eventuali spese che dovessero occorrere in caso di necessità documentata.

Si impegna, inoltre, a fornire, la biancheria, gli effetti personali di pulizia ed i medicinali prescritti dal medico curante, in misura sufficiente per tutta la durata del viaggio.

Data: _____

FIRMA: _____