

AL SERVIZIO CENTRI DIURNI
PER PERSONE ANZIANE

Via Spalti 1
MESTRE

Si certifica che il/la Sig./ra _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
è stata assente dal _____ al _____ per i seguenti motivi:

Il paziente può riprendere la frequenza al Centro Diurno.

La terapia farmacologica è invariata variata

FARMACI

POSOLOGIA E ORARIO

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Trattasi di paziente esente da **malattie infettive contagiose e psichiche gravi**.
Può vivere in comunità.

Si rilascia in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.

Il Medico curante
(firma e timbro)

Mestre, _____