



**RICHIESTA DI ACCESSO  
AL SERVIZIO NUOTO DISABILI**  
(da compilarsi a cura del medico curante)

**Mod. 1**

Al Comune  
di  
**SAN GIORGIO BIGARELLO**  
Ufficio Servizi Sociali

A richiesta del SIG. ....

Affetto da .....

.....

.....

Si attesta che lo stesso possa usufruire delle attività motorie in acqua svolte presso il SERVIZIO NUOTO DISABILI per un ciclo di N ° ..... trattamenti (per un massimo di 40)

Si attesta inoltre che le condizioni cliniche del richiedente non costituiscono controindicazione specifica allo svolgimento di attività motoria in acqua.

Eventuali suggerimenti o indicazioni specifiche per il trattamento: .....

.....

.....

.....

....., lì .....

.....

*(firma del medico)*