



A.S.P. MUZI BETTI
Azienda pubblica di servizi alla persona

Certificato MMG
per valutazione ricovero
in struttura residenziale

Rev. 3 Data 31/01/2022

Mod. A.01

**CERTIFICATO MEDICO MEDICINA GENERALE PER VALUTAZIONE RICOVERO IN
STRUTTURA RESIDENZIALE**

M. M. G. Dott./ssa _____ Tel. _____

Dati assistito:

Cell. _____

Nome _____

Data di nascita ___ / ___ / _____

Cod.Fiscale _____

NOTE ANAMNESTICHE RILEVANTI:

DIAGNOSI:

Terapia in Atto			
Farmaco	Dosaggio	Orario somministrazione	Nota CUF

**DICHIARO CHE IL PAZIENTE ATTUALMENTE NON PRESENTA MALATTIE INFETTIVE,
CONTAGIOSE O COMUNQUE TRASMISSIBILI E NON MANIFESTA ALCUN SINTOMO
RICONDUCIBILE AD UNA POSSIBILE INFEZIONE DA COVID -19**

**La presente certificazione deve essere compilata esclusivamente entro le 48 ore
antecedenti l'ingresso dell'OSPITE.**

Il paziente presenta allergie e/o intolleranze no sì _____

M.M.G. Dott./ssa
(firma e timbro)