



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale

www.asl.novara.it

MODULO per Medici di Medicina Generale e Specialisti

PROPOSTA DI PERCORSO DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____

NUMERO DI TELEFONO _____

- AFA Parkinson e parkinsonismi
- AFA osteoporosi
- AFA fibromialgia
- AFA sclerosi multipla
- AFA vasculopatia cerebrale stabilizzata

- GRUPPO A (ESERCIZI IN PIEDI E SEDUTI)
- GRUPPO B (ESERCIZI SOLO SEDUTI)

DATA:

Il medico inviante (firma e timbro)

Dott. _____