

SCHEDA PERSONALE / SANITARIA

Cognome	Nome

Medico curante	ASL

ALLERGIE

	Specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Alimenti	
Punture di insetti	

Altro
.....

Patologie in atto.....
.....
.....

Dieta speciale

Luogo e Data_____

Firma _____