

Io sottoscritta/o

Nome……

Cognome……

Via……

Città……

Prov……..CAP…….

Telefono……

Indirizzo mail……

N. CFU-CARD in corso di validità……

Chiedo di partecipare al percorso SALUTERME

☐-INDIVIDUALE in data……

☐-DI GRUPPO in data……..…

IMPORTANTE!

Allegare al presente modulo un referto aggiornato da parte del medico specialista (Reumatologo, Terapista del dolore, Fisiatra ecc.) oppure da parte del medico di medicina generale in carta semplice indicante una sintesi della propria storia clinica e l'assenza di controindicazioni a svolgere sedute di ginnastica posturale in piscina termale a 34°

INVIARE MODULO E REFERTO

A

segreteria@cfuitalia.it