



SCHEDA MEDICA / MEDICAL FORM

Nome:

Name:

Sesso:

M

F

Sex:

Età:

Peso:

Age:

Weight:

Gruppo sanguigno:

Blood type:

Malattie importanti:

Important diseases:

Terapie farmacologiche:

Pharmacological treatment:

Interventi chirurgici:

Surgical operations:

Traumi:

Allergie:

Trauma:

Allergies:

Persona da contattare in patria, indirizzo, telefono e cellulare:

Contact person in own country, adress, phone and mobile n°:

Ospedale scelto per il rimpatrio:

Hospital chosen for the repatriation:

LA SCHEDA MEDICA DOVRA' ESSERE COMPILATA E RESTITUITA A "TOM42 s.r.l."

THIS MEDICAL FORM MUST BE FILLED IN AND RETURNED TO "TOM42 s.r.l."

Data / Date

FIRMA / SIGNATURE