



## VALUTAZIONE PER LA PRESCRIZIONE DI ESERCIZIO FISICO

Compilare e inviare via e-mail o fax a:

Servizio di Medicina dello Sport  
[segmedsporttv@aulss2.veneto.it](mailto:segmedsporttv@aulss2.veneto.it)  
 tel. 0422-323872  
 fax 0422-323779

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Lavoro:  SÌ  NO

Se sì, specificare:  a tempo pieno;  a tempo parziale

### DIAGNOSI:

- Cardiopatia ischemica
- Diabete
- Sindrome metabolica
- Emodializzato
- Trapianto di organo solido
- Scopenso cardiaco in stabilità clinica
- Arteriopatia obliterante periferica
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**N.B. I soggetti devono essere in stabilità clinica e terapia farmacologica ottimizzata, non necessitare di ospedalizzazione e, se indicato, aver concluso il percorso riabilitativo intra o extra ospedaliero.**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico specialista