



SCHEDA MEDICA / MEDICAL FORM

Nome:
Name:

Sesso:
Sex:

M

F

Età:
Age:

Peso:
Weight:

Gruppo sanguigno:
Blood type:

Malattie importanti:
Important diseases:

Terapie farmacologiche:
Pharmacological treatment:

Interventi chirurgici:
Surgical operations:

Traumi:
Trauma:

Allergie:
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