

## AFA - INDICAZIONE PER I CORSI

da compilare a cura del professionista sanitario che suggerisce il corso AFA

Per il Sig. /la Sig.ra  Cognome e Nome

si consiglia la partecipazione ad un programma AFA (Attività Fisica Adattata):

|                                                                                |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>M.M.G o MEDICO SPECIALISTA/<br/>PROFESSIONISTA SANITARIO<br/>PROPONENTE</b> | Cognome e nome                                                                                                                                          |
| LIVELLI DI CAPACITÀ<br>FUNZIONALE<br>(INDICARE LA PATOLOGIA<br>DELL'ASSITITO)  | <i>Autonomia funzionale conservata</i><br>(Es. sindromi algiche da ipomobilità, osteoporosi, patologie croniche metaboliche e cardio/cerebro vascolari) |
| TIPO DI AFA APPROPRIATA<br>CORRISPONDENTE                                      | <i>AFA bassa disabilità (A TERRA)</i><br><br><i>AFA bassa disabilità (IN PISCINA)</i>                                                                   |
| EVENTUALE<br>RACCOMANDAZIONE TEST<br>SU EQUILIBRIO<br>(SPPB O 6MWT)            |                                                                                                                                                         |

Note:

Data

Firma e/o timbro  
del medico