DIGIUNO DI GRUPPO 7 – 13 giugno 2026

Inviare compilato all'indirizzo studituttovita@tuttovita.it

DATI PERSONALI

NOME e COGNOME_____

DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA_____

ALTEZZA _____ PESO_____

ESPERIENZE PRECEDENTI DI DIGIUNO

HAI GIÀ FATTO ESPERIENZE DI DIGIUNO? Sì No

SE SÌ, QUANTE VOLTE_____

DURATA_____

PATOLOGIE E USO DI FARMACI

MALATTIE PRESENTI_____

_____

FARMACI (indicare anche quelli di uso comune, per es. i lassativi; i rimedi omeopatici e naturali)

_____

ATTENZIONE: In caso di patologie e/o di terapie in corso, è richiesto un certificato o lettera del proprio Medico curante.

ABITUDINI ALIMENTARI

DIETA ABITUALE (vegetariana, vegana, onnivora) _____

INTOLLERANZE E ALLERGIE ALIMENTARI_____

CONSUMO DI CAFFÈ_____

CONSUMO DI ALCOLICI_____

FUMO_____

ATTIVITÀ FISICA

SVOLGI ATTIVITÀ FISICA? Sì No

SE SÌ, QUALE?

_____

QUANTE ORE ALLA SETTIMANA? _____

ALTRE INFORMAZIONI CHE RITIENI IMPORTANTE COMUNICARE AL MEDICO RESPONSABILE

Data _____

Firma

_____