

ALLEGATO B

(art. 11 del bando)

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA

(di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978, n. 833)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ () il _____

residente a _____ () in Piazza/Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Documento d'identità: _____ n° _____

rilasciato da _____ in data _____

Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE (1)

PATOLOGIE	SPECIFICARE			
Manifestazioni emolitiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi manifestazioni immunoallergiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi intolleranze od idiosincrasie a farmaci e/o alimenti.	In atto	Pregressa	NO	
Psichiatriche	In atto	Pregressa	NO	
Neurologiche	In atto	Pregressa	NO	
Apparato cardiocircolatorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato respiratorio	In atto	Pregressa	NO	
Apparato digerente	In atto	Pregressa	NO	
Apparato urogenitale	In atto	Pregressa	NO	
Apparato osteoartromuscolare	In atto	Pregressa	NO	
ORL, Oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO	
Sangue ed organi emopoietici	In atto	Pregressa	NO	
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)	In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito	SI		NO	
Epilessia	SI		NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	



EVENTUALI ANNOTAZIONI:

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento nelle Forze Armate".

Il presente certificato ha validità semestrale dalla data del rilascio.

Il medico di fiducia

_____, li _____
(luogo del rilascio) (data del rilascio) (timbro con codice regionale e firma)

NOTA: (1) barrare la voce che interessa e, in caso di patologia in atto o pregressa, specificare la diagnosi.

