

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

**NOTE:**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver fornito tutti gli elementi informativi richiesti in merito ai dati di cui sopra, con particolare riferimento a ricoveri ospedalieri, consapevole delle sanzioni civili e penali previste nel caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dal D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445.

*L'assistito*

(firma per esteso, nome e cognome leggibili)

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

(luogo del rilascio)

(data del rilascio)

(timbro con codice regionale e firma)

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

