

Al Centro di Reclutamento della Guardia di finanza,
via delle Fiamme Gialle, 18
00122 - ROMA/LIDO DI OSTIA.

Oggetto: Concorso, per titoli ed esami, per il reclutamento di un maestro vice direttore della Banda musicale della Guardia di finanza per l'anno 2016.
Richiesta di visita medica di revisione a seguito del giudizio di non idoneità emesso in sede di visita medica di primo accertamento.
Invio documentazione sanitaria.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e
residente in _____ (____) Via
_____ tel. _____

giudicato "NON IDONEO" in data _____, ai sensi dell'articolo 11 del bando di concorso per il reclutamento di un maestro vice direttore della Banda musicale della Guardia di finanza per l'anno 2016, a seguito dell'accertamento dell'idoneità psico-fisica svolto presso il Centro di Reclutamento della Guardia di finanza, con la seguente motivazione⁽¹⁾:

_____, avendo chiesto di essere sottoposto alla revisione del giudizio di idoneità, invia la seguente documentazione sanitaria relativa alla/e causa/e che ha/hanno determinato l'esclusione:

rilasciata da (struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata⁽²⁾)

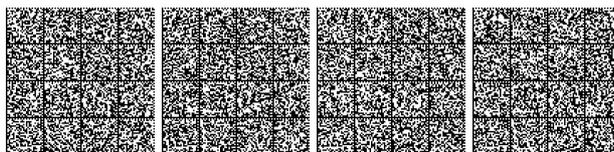
_____ di _____ (____).

Il sottoscritto fa presente, altresì, di aver preso visione delle disposizioni di cui all'articolo 11 del bando di concorso.

IL CANDIDATO

(1) indicare in modo completo e dettagliato la motivazione del giudizio di idoneità;

(2) indicare per esteso la denominazione della struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.



Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978 n. 833

FAC SIMILE

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via _____ n. ____

Codice Fiscale _____

Documento d'identità:

tipo _____ n° _____

rilasciato in data _____ da _____

Il soggetto, sulla base dei dati anamnestici riferiti, dei dati in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, risulta:

- in stato di buona salute;
- aver avuto manifestazioni emolitiche: NO SI
- aver avuto gravi manifestazioni immuno allergiche: NO SI
- aver avuto gravi intolleranze ed idiosincrasie a farmaci o alimenti: NO SI

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 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000.

Firma del dichiarante

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato ai fini dell'accertamento dell'idoneità al servizio nella Guardia di finanza.

Luogo e data di rilascio, _____

IL MEDICO

(timbro e firma)

