

ALLEGATO «H»

(art. 13, comma 5., lettera a) 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.

