

Allegato "C"
(art. 10, comma 2, lettera d) del bando)

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

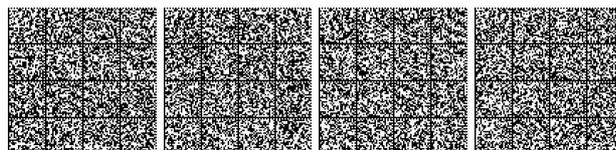
(Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978, n. 833)

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 intolleranze o 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.

