

Allegato E  
(art. 10, comma 2, lettera c) del bando)

Intestazione dello studio medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, documento d'identità:  
tipo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, rilasciato in data \_\_\_\_\_,  
da \_\_\_\_\_.

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  
(barrare con una X la casella d'interesse)

| 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 osteoartomuscolare                               | In atto | Pregressa | NO |             |
| ORL, oftalmologiche                                       | In atto | Pregressa | NO |             |
| Sangue e 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 |             |

Note:

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(località) (data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

