

ALLEGATO D

Intestazione dello studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.
(art. 11, comma 2, lettera d del bando)

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Cognome _____ nome _____,
nato a _____ (_____), il _____,
residente a _____ (_____), in piazza/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 vita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

ATTESTO QUANTO SEGUE (1)

PATOLOGIE

SPECIFICARE

Manifestazione emolitiche	In atto	Pregressa	NO	
Sangue e organi emopoietici	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	
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 di fiducia

(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

