

Allegato "H"
(art. 13 comma 5 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 _____

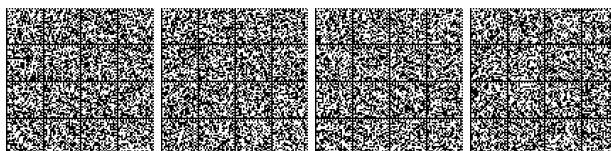
Sulla base dei dati anamnestici riferiti e di quelli in mio possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati obiettivi rilevati nel corso della visita medica da me effettuata, per quanto riguarda lo stato di salute del mio assistito sopra citato,

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	



Segue Allegato "H"

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.

