Allegato E
(art. 10 del bando)

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

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA

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)

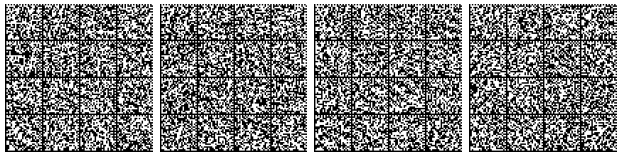
PATOLOGIE				SPECIFICARE
Manifestazioni emolitiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e alimenti,	In atto	Pregressa	NO	
Allergopatie	In atto	Pregressa	NO	
Psichiatriche	In atto	Pregressa	NO	
Neurologiche	In atto	Pregressa	NO	
Apparato cardiocircolatorio	In atto	Pregressa	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	
Otorinolaringoiatriche	In atto	Pregressa	NO	
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	Pregressa	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	
Eventuali altre patologie	SI		NO	
Terapia farmacologica continuativa	SI		NO	
Pregressi interventi chirurgici	SI		NO	

Note:

_____

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento" nelle Forze Armate. Il presente certificato ha validità trimestrale dalla data del rilascio.

Il medico

_____, _____ _____

(località) (data) (timbro e firma)