

ALLEGATO G

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

(art. 12, comma 2 del bando)

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

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

(barrare con una X la casella d'interesse)

PATOLOGIE

SPECIFICARE

PATOLOGIE	In atto	Pregressa	NO	SPECIFICARE
Manifestazione emolitiche				
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti				
Psichiatriche				
Neurologiche				
Apparato cardiocircolatorio				
Apparato respiratorio				
Apparato digerente				
Apparato urogenitale				
Apparato osteoartromuscolare				
ORL, Oftamologiche				
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)				
Diabete mellito				
Epilessia				
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti				
Abuso di alcool				

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)

