

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		
	In atto	Pregressa	NO
Manifestazione emolitiche			
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti			
Psichiatriche			
Neurologiche			
Apparato cardiocircolatorio			
Apparato respiratorio			
Apparato digerente			
Apparato urogenitale			
Apparato osteoartromuscolare			
ORL, Oftalmologiche			
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)