

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA

(articolo 10, comma 4, lettera a) del bando)

(intestazione dello studio del medico di fiducia, di cui all'articolo 25 della legge 1978 n. 833)

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	In atto	Pregressa	NO	
Epilessia	In atto	Pregressa	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	
Eventuali altre patologie	In atto	Pregressa	NO	
Terapia farmacologica continuativa	In atto	Pregressa	NO	
Pregressi interventi chirurgici	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 trimestrale dalla data del rilascio.

_____, _____
(luogo) (data)

Il medico

(timbro e firma)