

(Aeronautica Militare - allegato C, paragrafo B, punto 2., lettera c)

## CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA

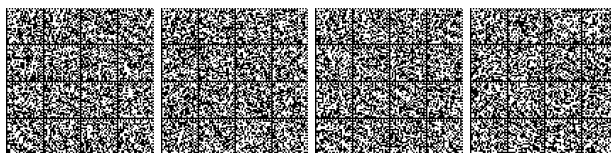
Intestazione studio medico di fiducia, di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833.

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 |             |
| Allergopatie                                              | In atto | Pregressa | NO |             |
| Gravi intolleranze o 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 |             |
| 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      | ///       | 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

Il medico

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

