

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 | |
| Gravi manifestazioni immunoallergiche | 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 | |
| ORL, 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 | |

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.

_____, _____
(luogo) (data)

Il medico

(timbro e firma)