

CERTIFICATO MEDICO art. 23, Legge 120/10

Il/la Sig. _____

nato/a a _____ provincia di _____ il _____

E' affetto da:

(barrare con una X la casella interessata)

A) AFFEZIONI CARDIOVASCOLARI:

(da specificare)

NO

SI

PREGRESSO

B) DIABETE:

NO

SI

PREGRESSO

C) MALATTIE ENDOCRINE:

(da specificare)

NO

SI

PREGRESSO

D) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO:

(da specificare)

NO

SI

PREGRESSO

▪ **Epilessia:**

NO

SI

PREGRESSO

E) MALATTIE PSICHICHE:

NO

SI

PREGRESSO

F) SOSTANZE PSICOATTIVE:

▪ *Usa di alcool:* NO SI PREGRESSO

▪ *Usa di stupefacenti:* NO SI PREGRESSO

▪ *Usa di sostanze psicotrope:* NO SI PREGRESSO

G) MALATTIE DEL SANGUE:

(da specificare)

NO SI PREGRESSO

H) MALATTIE DELL'APPARATO UROGENITALE:

(da specificare)

NO SI PREGRESSO

▪ *Insufficienza renale:* NO SI PREGRESSO

data

timbro e firma