

_____ (denominazione dell'azienda sanitaria)

_____ (indirizzo e telefono)

CERTIFICATO MEDICO
sullo stato di salute

Cognome e nome _____ data di nascita _____

indirizzo, telefono _____

Uso – adozione.

Le malattie avute (altri informazioni in anamnesi) _____

Visita dei medici specialisti:

Medico di famiglia (internista): _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Chirurgo _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Oftalmologo _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Otorinolaringoiatra _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Neurologo _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Psichiatra _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Tossicologo _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Ginecologo (per le donne) _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Urologo (per gli uomini) _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Dermatologo _____

(diagnosi, data, firma, timbro)

Radiografia del torace : _____

(data, firma, timbro)

Risultati del test HIV _____

(data, firma, timbro)

Risultati degli analisi di sangue per RW _____

(data, firma, timbro)

Conclusioni mediche _____

_____ presenza (assenza) di malattie che impediscano di essere aspiranti all'adozione, tutori, affidatari
Data del rilascio _____

Il presente certificato ha validita' di 1 (un) anno

(incarico del dirigente
dell'azienda sanitaria)

(firma)

(cognome, nome)

(Timbro)

