



CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO LOCALE AVIGLIANO UMBRO

AUTODICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DELL'UFFICIALE MEDICO

Il/la Sottoscritto/a _____ grado _____ cognome _____ nome _____
nato/a a _____ prov. (_____)
il _____ / _____ / _____ residente in _____ prov. (_____)
via / piazza _____ n° _____

nell'ambito dell'accertamento medico-legale dell'idoneità psico - fisica per:

- Richiamo in servizio; Avanzamento; Conseguimento-rinnovo patente C.R.I.; Arruolamento;
 Rafferma; Idoneità Missione Estero

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che (deppennare con una X il caso che ricorre):

- sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio SI - NO
(se si quali)
- sussiste diabete SI - NO
(se si specificare se insulino dipendente SI - NO)
- sussistono altre patologie endocrine SI - NO
(se si quali)
- sussistono turbe e/o patologie psichiatriche SI - NO
(se si quali)
- fa uso di sostanze psicoattive SI - NO
(se si quali)
- soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche SI - NO
(se si specificare quando si è manifestata l'ultima)
- sussistono malattie del sangue SI - NO
(se si quali)
- sussistono malattie dell'apparato uro-genitale SI - NO
(se si quali)
- è stato sottoposto ad interventi chirurgici SI - NO
(se si quali)
- sussiste invalidità civile SI - NO
- ha prestato servizio militare di leva SI - NO
(se NO specificare i motivi)
- Gruppo Sanguigno Fattore Rh

AVIGLIANO UMBRO : / /

FIRMA MEDICO

FIRMA DEL DICHIARANTE