

# AVVISO

**“NUOVO FORMAT DEL CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE, IN OTTEMPERANZA A QUANTO PREVISTO DALL’ART. 4, C.1, DELLA L. 193/2023 (NUOVA DISCIPLINA DEL C.D. “*OBLIO ONCOLOGICO*”).**

AL RIGUARDO, IN LUOGO DEL FORMAT IN ALLEGATO AL BANDO DI CONCORSO, IL CANDIDATO UTILizzerà IL NUOVO FORMAT DISPONIBILE NELLA SEZIONE “*DOCUMENTI CORRELATI*”, PROVVEDENDO A CONSEGNARLO DURANTE GLI ACCERTAMENTI PSICOFISICI.

ROMA, 6 MAGGIO 2024

**CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
 codice fiscale \_\_\_\_\_,  
 identificato mediante documento d'identità tipo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
 rilasciato il \_\_\_\_\_, 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	
Deficit di G6PDH (favismo)	In atto	Pregressa	NO	
Intolleranze, idiosincrasie o allergie a farmaci/alimenti	In atto	Pregressa	NO	
Allergie a pollini o inalanti	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 osteoarticolare	In atto	Pregressa	NO	
ORL, oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO	
Ematologiche	In atto	Pregressa	NO	
Endocrinologiche	In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito	In atto	Pregressa	NO	
Epilessia	In atto	Pregressa	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	
Interventi chirurgici	In atto	Pregressa	NO	
Neoplasie	In atto	Pregressa*	NO	
Traumi e fratture	In atto	Pregressa	NO	
Altre patologie	In atto	Pregressa	NO	

Terapia farmacologiche in atto: \_\_\_\_\_

Altre eventuali annotazioni: \_\_\_\_\_

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.

\* In ottemperanza a quanto previsto dall'art.4, c.1, della Legge 7 dicembre 2023, n.193 non devono essere fornite informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui il candidato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso senza episodi di recidiva, da più di dieci anni. Tale periodo è ridotto della metà nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

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

firma interessato  
 (o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale)

Il medico

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