



DICHIARAZIONE per IDONEITA' al SERVIZIO DI VOLONTARIO

Compilazione a cura del Medico Curante

Il Sig/la Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ a _____

Professione _____ Telefono _____

Medico Curante _____

Anamnesi Familiare:

Invalidità riconosciute _____ **si** **no**

Allergie note: _____ **si** **no**

Terapia in atto: _____

Fa uso di medicine che agiscono sul sistema nervoso, se sì quali _____ **si** **no**

Vaccinazioni, consegnare copia del profilo vaccinale o tessera vaccinale

Anamnesi Patologica

Patologie Note _____

Interventi chirurgici pregressi: _____

Traumi osteoarticolari : _____

PATOLOGIE NOTE: diabete **si** **no** epilessia **si** **no** cardiopatie **si** **no**

Patologie muscolo scheletriche, es. ernia discale _____ **si** **no**

Patologie psichiche o neurologiche, se sì quali _____ **si** **no**

Noti deficit uditivi? _____ **si** **no**

Fermato per guida in stato di ebbrezza alcolica? _____ **si** **no**

Fa uso o ha fatto uso di sostanze psicoattive o alcolici o stupefacenti? _____ **si** **no**

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Il sottoscritto Dr. _____ ha visitato in data odierna il Sig/La Sig.ra _____ che non presenta attualmente controindicazioni allo svolgimento dell'attività di volontario presso la Croce Verde, non presenta patologie infettive in atto e presenta sana e robusta costituzione.

Data _____

Firma e timbro Medico curante
