

CENTRO AEROMEDICO PSICOFISIOLOGICO DI BARI

DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA PRESENTARE ALLA COMMISSIONE PER GLI ACCERTAMENTI PSICO-FISICI

TUTTI I CANDIDATI	CANDIDATI MUNITI DI CSU IN CORSO DI VALIDITA'	CONCORRENTI CHE HANNO PARTECIPATO AD UNA PROCEDURA CONCORSUALE DELL'AERONAUTICA MILITARE NELL'AMBITO DEI 365 GIORNI ANTECEDENTI LA DATA DI VISITA
<p>Originale o copia conforme dei seguenti esami ematochimici ed esami strumentali rilasciati da struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in data non anteriore a SEI mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici:</p> <ul style="list-style-type: none">- emocromo;- VES;- glicemia;- creatininemia;- trigliceridemia;- colesterolemia totale, HDL, LDL;- bilirubinemia diretta e indiretta;- gamma GT;- transaminasemia GOT e GPT;- elettroforesi proteica;- analisi delle urine con esame del sedimento;- markers virali: anti HAV (IgM ed IgG), Hbs Ag, anti HBs, anti HBc e anti HCV;- ricerca anticorpi per HIV;- test intradermico Mantoux (TST) o in alternativa il test interferon-gamma (IGRA test). In caso di positività al test di Mantoux (TST) i candidati dovranno effettuare IGRA Test;- certificato rilasciato dal medico di Medicina Generale redatto conformemente all'allegato F al presente bando; <p>Se concorrenti di SESSO FEMMINILE:</p> <ul style="list-style-type: none">- originale o copia conforme del referto del test di gravidanza (sangue o urine) eseguito in data non anteriore a 5 giorni rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici;- originale o copia conforme di ecografia pelvica eseguita presso struttura sanitaria pubblica, anche militare, o privata accreditata con il SSN in data non anteriore a SEI mesi rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici.	<p>UOMINI: La CSU sostituisce integralmente il PSU.</p> <p>DONNE: originale o copia conforme del referto del test di gravidanza (sangue o urine) eseguito in data non anteriore a 5 giorni rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici</p>	<p>UOMINI: La CSU sostituisce integralmente il PSU.</p> <p>DONNE: originale o copia conforme del referto del test di gravidanza (sangue o urine) eseguito in data non anteriore a 5 giorni rispetto a quella di presentazione agli accertamenti psico-fisici</p>

NOTA BENE: I REFERTI RILASCIATI DA STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DEVONO RIPORTARE IL TIMBRO CON IL NUMERO DI ACCREDITAMENTO CON IL SSN

**CENTRO AEROMEDICO PSICOFISIOLOGICO
IL DIRETTORE**

Intestazione dello studio medico di fiducia
di cui all'art. 25 della legge 23.12.1978, n. 833.

CERTIFICATO DEL MEDICO DI FIDUCIA
(art. 10, comma 3, lettera c), punto 3 del bando)

Cognome _____ nome _____,
nato a _____ (____), il _____,
residente a _____ (____), in via _____ n. _____,
codice fiscale _____,
documento d'identità tipo _____, n. _____,
rilasciato in data _____, 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	
Gravi manifestazioni immunoallergiche	In atto	Pregressa	NO	
Gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci e/o alimenti	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 osteoartomuscolare	In atto	Pregressa	NO	
Otorinolaringoiatriche	In atto	Pregressa	NO	
Oftalmologiche	In atto	Pregressa	NO	
Sangue e organi emopoietici	In atto	Pregressa	NO	
Organi endocrini (tiroide, surreni, pancreas, ipofisi)	In atto	Pregressa	NO	
Diabete mellito	SI	///	NO	
Epilessia	SI	Pregressa	NO	
Uso di sostanze psicotrope e/o stupefacenti	In atto	Pregressa	NO	
Abuso di alcool	In atto	Pregressa	NO	

Note: _____

Rilascio il presente certificato, in carta libera, a richiesta dell'interessato per uso "arruolamento" nelle Forze Armate. Il presente certificato ha validità trimestrale dalla data del rilascio.

Il medico

(luogo)

(data)

(timbro e firma)