

CERTIFICATO MEDICO

MEDICAL CERTIFICATE/CERTIFICADO MÉDICO/CERTIFICAT MEDICAL

NOME e COGNOME del CANDIDATO _____

Candidate's first name and surname/ Nombre y apellido del candidato/ Prénom et nom de famille du candidat

DATA di NASCITA: ___/___/19___

CITTADINANZA: _____

SESSO: M F Date of birth/ Fecha de nacimiento/
Date de naissance

Nationality/ Nacionalidad/ Nationalité

sex/sexo/sexe

1. PRECEDENTI MORBOSI/ PREVIOUS ILLNESSES/ ENFERMEDADES ANTERIORES/ ANTÉCÉDENTS

2. ESAME GENERALE/GENERAL EXAMINATION/EXAMEN GENERAL/EXAMEN GÉNÉRAL

	Apparato respiratorio Respiratory system Aparato respiratorio Système respiratoire	Sist. cardiovascolare Cardiovascular system Sistema cardiovascular Syst. cardiovasculaire	Apparato digerente Digestive system Aparato digestivo Système digestif	Dentatura Teeth Dentadura Dentition
Normale Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anormale Abnormal Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ESAME SIEROLOGICO ANTI-HIV: (data e risultato) _____

Anti-HIV serological test: date and result/ Examen serológico anti-HIV: fecha y resultado/ Examen sérologique Anti-HIV: date et resultat

4. IL CANDIDATO È STATO IN CURA PER MALATTIE PSICHICHE O NERVESE? _____

Has the candidate been treated for psychological or nervous illnesses?/ El candidato ha sido curado por enfermedades psíquicas o nerviosas?
Le candidat a-t-il précédemment été en traitement pour maladies psychiques ou nerveuses?

5. VACCINAZIONI EFFETTUATE CONTRO LE SEGUENTI MALATTIE:

The candidate has been vaccinated against the following diseases/ El candidato ha sido vacunado contra las siguientes enfermedades:/
Le candidat a été vacciné contre les maladies suivantes:

VAIOLO/smallpox/viruela/variole	Si <input type="checkbox"/> : ___/___/19___	No <input type="checkbox"/>
TIFO/typhoid/tifus/fièvre typhoïde	Si <input type="checkbox"/> : ___/___/19___	No <input type="checkbox"/>
DI.TE.PER.	Si <input type="checkbox"/> : ___/___/19___	No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> : ___/___/19___	No <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/> : ___/___/19___	No <input type="checkbox"/>

6. IL CANDIDATO PRESENTA SINTOMI DI MALATTIE CONTAGIOSE E/O DELLA PELLE? SE SÌ, QUALI? _____

Does the candidate show symptoms of contagious and/or skin diseases? If yes, specify. _____
El candidato presenta síntomas de enfermedades contagiosas y/o de la piel? Si así fuese, cuáles? _____
Le candidat présente-t-il des symptômes de maladies contagieuses et/ou de la peau? Si oui, lesquelles? _____

7. EVENTUALI ESAMI AGGIUNTIVI/any other examinations/otros posibles exámenes subsidiarios/eventuels examens complémentaires:

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER TROVATO IL CANDIDATO IN UNO STATO DI

I, the undersigned, hereby declare that I have found the candidate in/ Yo, el suscrito, declaro de haber encontrado al candidato en/ Le soussigné déclare d'avoir trouvé l'intéressé en

ECCELLENTE

excellent/excelente/excellent

BUONA

good/buena/bonne

DISCRETA

fair/regular/assez bonne

CATTIVA

bad/malo/mauvaise

SALUTE E GARANTISCO L'ESATTEZZA DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA.

health and I guarantee that the information contained above is correct to the best of my knowledge./ estado de salud y garantizo de la exactitud de las informaciones proporcionadas en este documento./ santé et garantit que les informations référées ci-dessus sont véridiques.

_____, ___/___/_____
Luogo e data/ Place and date/ Lugar y fecha/ Lieu et date_____
Firma del medico/ Signature of examining physician
Firma del médico/ Signature du médecin_____
Indirizzo del medico/ Physician's address/
Dirección del médico/ Adresse du médecin

USARE SOLO CARATTERI STAMPATELLO / BLOCK LETTERS ONLY, PLEASE
PRIÈRE D'UTILISER SEULEMENT LETTRES MAJUSCULES / RELLENAR SOLAMENTE CON LETRAS DE MOLDE