

Spazio per intestazione studio medico di
medicina generale, di cui all'art. 25 della legge
23.12.1978 n. 833

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via _____ n. ____

Codice fiscale _____

Documento d'identità:

tipo _____ n° _____

rilasciato in data _____ da _____

Il sottoscritto _____, sopra
meglio generalizzato, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di
atti falsi,

DICHIARA

di aver fornito tutti gli elementi informativi utili ai fini del rilascio del presente certificato, con
particolare riferimento ai ricoveri ospedalieri e tenuto conto della normativa sull' "oblio
oncologico" di cui alla L. 7 dicembre 2023, n. 193.

Firma del dichiarante

Sulla base di quanto riferito in anamnesi dall'interessato, dei dati sanitari in mio
possesso, degli accertamenti eseguiti e dei dati clinico-obiettivi rilevati nel corso della
visita medica da me effettuata, certifico che (*prendere atto delle istruzioni di compilazione
in calce e barrare la voce che interessa*):

SEZIONE A

- NO ☐ SI ☐ ha mai avuto manifestazioni emolitiche anche pregresse;
- NO ☐ SI ☐ ha mai avuto gravi manifestazioni immuno-allergiche;
- NO ☐ SI ☐ sussistono gravi intolleranze o idiosincrasie a farmaci o alimenti.

Luogo e data, _____ firma e timbro del medico _____

SEZIONE B

- NO ☐ SI ☐ ha avuto ricoveri ospedalieri. Se affermativo, indicarne i motivi:

_____;
- NO ☐ SI ☐ ha subito interventi chirurgici. Se affermativo, indicarne i motivi:_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ malattie dell'apparato cardiovascolare (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ malattie dell'apparato endocrino (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ malattie e/o turbe di natura neurologica e/o psichiatrica (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ malattie dell'apparato urogenitale (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ epilessia o manifestazioni di crisi convulsive (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ uso di sostanze psicoattive, droghe e/o abuso di alcol (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____;
- NO ☐ IN ATTO ☐ PREGRESSE ☐ segue o ha seguito terapie farmacologiche, esclusi farmaci da banco o terapie occasionali per comuni episodi infettivi e/o algici (in caso affermativo indicare elementi di dettaglio)_____
_____.

Note:_____

Luogo e data, _____

IL MEDICO

(timbro e firma)

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE

Al ricorrere dei presupposti di cui alla L. 193/2023 in tema di “oblio oncologico” e relativo Decreto del Ministro della Salute 5 luglio 2024 si barrerà la casella “SI” o “PREGRESSE” riportando, in corrispondenza, l'esclusiva dicitura “L. 193/2023”. L'occorrenza di tale evenienza comporterà l'obbligo di allegare la certificazione di cui all'art. 1 del citato Decreto 5 luglio 2024.

Qualora per un apparato o voce anamnestica ricorra più di un evento da segnalare, fra cui anche l'oblio oncologico, si dovranno riportare le evidenze cliniche del caso in aggiunta all'indicazione “L. 193/2023”.

Esempio – Candidato che ha subito due interventi chirurgici distinti: uno per patologia neoplastica soggetta ad oblio oncologico e un altro di appendicectomia. Alla domanda “ha subito interventi chirurgici” si provvederà a barrare la casella “SI” e ad indicare fra i motivi sia “L. 193/2023” che “appendicectomia”.

IL MEDICO

Luogo e data, _____

(timbro e firma)