

Spazio per intestazione studio medico di fiducia,  
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 di rilascio, \_\_\_\_\_

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)