

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' LAVORATIVA

Si dichiara di aver sottoposto a visita medica il Sig./la Sig.ra _____
nato/a in _____ il ___/___/_____ residente in _____
via _____ identificato con _____

Dall'esito della visita medica, dalla raccolta dei dati anamnestici e dalla presa visione degli accertamenti specialistici esibiti e restituiti all'interessato/a risulta che lo stesso è di sana e robusta costituzione fisica ed esente da difetti, imperfezioni o infermità esimenti.

Non presenta segni semeiologici di malattie contagiose in atto o che, comunque possano mettere in pericolo la salute pubblica.

L'interessato non presenta sintomi o segni obiettivi che possono far sospettare uso di sostanze stupefacenti o psicotrope né abuso di alcolici.

L'interessato possiede, quindi, piena idoneità psico-fisica per il servizio continuativo e incondizionato nell'attività lavorativa specifica di:

conduttore di generatori di vapore

Non ricorrono le controindicazioni di cui all'art.1 comma 1 L.R. 09/07 (solo per conducenti Taxi o NCC)

Luogo e data _____

FIRMA

Dichiaro di non aver mai sofferto di malattie psichiatriche o neurologiche, né di fare o aver fatto uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di non essere dedito ad abusi alcolici, di non essere invalido civile e né di aver mai presentato domanda in tal senso.
