



CERTIFICATO DI IDONEITA' PSICO-FISICA PER L'ATTIVITA' DI FOCHINO

RILASCIO RINNOVO

(Certificato rilasciato ai sensi Art. 11, 12, 35 e 43 del RD n. 773 del 18 giugno 1931, dell'art. 101 del RD n. 635 del 06 maggio 1940 (TULPS), art. 27 del DPR n. 302 del 19 marzo 1956, art. 9 della Legge 110 del 19 aprile 1975 e dell'art. 67 del Decreto Legislativo 159 del 6 settembre 2011)

Il Signor _____ nato il ____ / ____ / ____ a _____ ,
residente a _____ in via _____ ,
munito del seguente documento di riconoscimento _____ numero
_____ rilasciato da _____ il ____ / ____ / ____

Lo stesso presenta il certificato anamnestico, di cui all'art. 3 del Decreto del Ministero della Sanità in data 28 aprile 1998, rilasciato dal Dottor _____ .

Attualmente non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche o minorazioni anatomiche e/o funzionali che gli impediscano di eseguire con sicurezza le operazioni relative all'attività di "fochino".

Non è affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.

Inoltre allo stato attuale non presenta segni di intossicazione da alcool o stupefacenti.

DX

SN

Apparato visivo: - Visus naturale _____
- Visus corretto _____
- Correzione _____
- Senso cromatico _____

Apparato uditivo: - Soglia uditiva nell'orecchio migliore _____
(o in alternativa) - Percezione della voce di conversazione a metri _____
Orecchio destro _____ Orecchio sinistro _____ Biaurale _____

Sulla base della visita medica eseguita e tenuto conto degli eventuali accertamenti specialistici

Lo stesso _____ RISULTA/NON RISULTA idoneo all'attività di fochino

Motivazione del giudizio di non idoneità _____

Eventuali prescrizioni: _____

_____, li ____ / ____ / ____

Timbro e firma del medico