

CERTIFICATO SULLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA

PER USO ADOZIONE INTERNAZIONALE

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ Prov (_____) il _____

residente a _____ Via _____

DATI DELLA VISITA MEDICA

Dermato – Venerologo _____
(diagnosi) _____ (data) _____

Psichiatra _____
(diagnosi) _____ (data) _____

Pneumologo (tisiologo) _____
(diagnosi) _____ (data) _____

Internista _____
(diagnosi) _____ (data) _____

Tossicologo _____
(diagnosi) _____ (data) _____

ESITI ANALISI DI LABORATORIO

Reazione Wasserman _____
n° referto, esito _____ (data) _____

HIV 1 HIV 2 _____
n° referto, esito _____ (data) _____

Gruppo di invalidità _____ Necessita / Non necessita _____ di assistenza altrui

Conclusione : _____

(Timbro e firma del medico di famiglia o
altro specialista che ha compilato il certificato) _____

(Timbro medico legale ASL
e Timbro tondo)

(firma)

(nome e cognome)

_____ li _____