

MINISTERO DELL'INTERNO DIPARTIMENTO DELLA P.S. COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ PSICO-FISICA AL SERVIZIO DI POLIZIA	Denominazione concorso	Data di presentazione	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						

Cognome	Nome	Sesso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data di nascita	Comune di nascita	Prov.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Stato civile	Comune di residenza	Prov.		
<input type="text"/> (1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo e numero civico	Prefisso e telefono			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Tit. studio	Pos. militare	Invalità civile	Precedenti non idoneità	Occupazione abituale
<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (3)	<input type="text"/> (4)	<input type="text"/> (5)	<input type="text"/>

Indicare qui appresso eventuali dati patologici personali e/o familiari

.....

.....

.....

.....

.....

Documento di riconoscimento.....

Firma

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riferito corrisponde a verità.

.....


Note

.....

.....

.....

.....



Il funzionario medico

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| (1) 1 - celibe/nubile
2 - coniugato/a
3 - vedovo/a
4 - divorziato/a | (2) 1 - licenza media
2 - diploma
3 - laurea | (3) 1 - in attesa di chiamata
2 - ha già prestato regolare servizio di leva
3 - dispensato/riformato
4 - ha svolto il servizio civile | (4) S - è stato dichiarato invalido civile
N - NON è stato dichiarato invalido civile | (5) S - è stato già dichiarato non idoneo al servizio di Polizia
N - NON è mai stato dichiarato non idoneo al servizio di Polizia |
|--|--|--|--|--|

Aspirante

Visus in decimi e fattori correttivi

Normale		Corretto		Correzione	
OD	OS	OD	OS	OD	OS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Senso cromatico		<input type="text"/> P	<input type="text"/> N	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Annotazioni

Costituzione

debole	suff.	normale	robusta	obesa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Altezza

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Peso

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Formola dentaria

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Annotazioni

Anamnesi familiare

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

Anamnesi personale

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

Cute e mucose visive

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

App. visivo

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

App. respiratorio

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

App. cardiovasc.

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

App. digerente

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

App. locomotore

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

App. genito urinario

<input type="text"/> P
<input type="text"/> N

