



CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato Locale di Carpi

CERTIFICATO MEDICO
Per l'iscrizione al Corso Base

Cognome Nome.....
 Nato a il

Esame Obiettivo

Note somatiche
 Altezza cm. Peso kg.
 Cute e annessi
 Capo e collo
 Torace-apparato
 respiratorio
 Apparato cardio
 circolatorio
 Sistema linfo
 ghiandolare
 P.A. Max. Min.
 Addome
 Fegato e milza
 App.to urogenitale
 Sistema nervoso
 e psiche
 Organi di senso
 Allergie ed
 intolleranze
 Gruppo sanguigno..... RH

Anamnesi patologica

.....

Visto l'esito della visita medica, certifico che l'aspirante volontario sopraindicato gode di sana e robusta costituzione. Si allegano:

.....

..... Addì

Timbro e firma del Medico curante